

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

AREA MATERNO INFANTILE DR. VINCENZO SPINA					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.1	PREDISPOSIZIONE PROGETTO DI PREVENZIONE E PREDIZIONE PER PUBBLICAZIONE	ANALISI DATI NAZIONALI E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	ANALISI DATI NAZIONALI E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO ENTRO IL 30/06	10
MIGLIORAMENTO SICUREZZA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	A2.1	PAE - PROMOZIONE ED INTERVENTI DI SENSIBILIZZAZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE	GESTIONE DELLE ATTIVITA' DELLO SPORTELLLO ANTIVIOLENZA. REPORT SEMESTRALE SUI DATI DI ATTIVITA'	ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO TECNICO DA INVIARE ALLE AUTORITA' COMPETENTI CON ESAME DELLE CRITICITA' E PROPOSTE DI RISOLUZIONE IN TEMA DI VIOLENZA DI GENERE E SUI MINORI	10
B - APPROPRIATEZZA					
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.4	PERCORSO NASCITA	ELABORAZIONE VADEMECUM DA CONSEGNARE ALL'UTENZA E PUBBLICIZZARE SUL SITO ISTITUZIONALE SULLA DESCRIZIONE DEI SERVIZI OFFERTI E I CANALI DI CONTATTO	ELABORAZIONE VADEMECUM DA CONSEGNARE ALL'UTENZA E PUBBLICIZZARE SUL SITO ISTITUZIONALE SULLA DESCRIZIONE DEI SERVIZI OFFERTI E I CANALI DI CONTATTO	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	RISPETTO SOGLIE NAZIONALI E PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALLA DMO	RISPETTO SOGLIE NAZIONALI: - PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO ≤ 25 % - PROPORZIONE EPISIOTOMIE IN PARTI VAGINALI ≤ 20 % - PROPORZIONE DI PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO PARTO CESAREO ≥ 11 % PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALLA DMO	20
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	RECEPIMENTO INDICAZIONI CVS RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E DEL CONTENIMENTO DEL CONTENZIOSO AZIENDALE	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE NELLE UU.OO. DI AFFERENZA	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE NELLE UU.OO. DI AFFERENZA	5
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO O PROPOSTA NUOVA PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI PROPOSTA DI ALMENO 1 PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI	10
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI - CORRETTA GESTIONE	INSERIMENTO PRESTAZIONI EROGATE NELLE TEMPISTICHE REGIONALI	INSERIMENTO PRESTAZIONI EROGATE NELLE TEMPISTICHE REGIONALI	5
			100%	100%	30
					100

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

DIPARTIMENTO DI MEDICINA DR. LUCA MORRICONI					
ASL PIET	OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.1	PREDISPOSIZIONE PROGETTO DI PREVENZIONE E PREDIZIONE PER PUBBLICAZIONE			MODELLI PREDITTIVI DELLA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA' (BPCCO, DIABETE, SCOMPENSO, PATOLOGIA ONCOLOGICA, MALATTIA DISMETABOLICA, REUMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, ETC) PARTENDO DAGLI ATTUALI PDTA
					15
B - APPROPRIATEZZA					
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA			RISPETTO SOGLIE NAZIONALI E PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALLA DMO
					30
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	RECEPIMENTO INDICAZIONI CVS RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E DEL CONTENIMENTO DEL CONTENZIOSO AZIENDALE			ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE NELLE UU.OO. DI AFFERENZA
					15
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO O PROPOSTA NUOVA PROCEDURA			REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI PROPOSTA DI LAMENO 1 PROCEDURA
					10
					30
					100

06/06/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

[Signature]

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

[Signature]

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

DIPARTIMENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE DR. SIMONE DE PERSIS					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.1	PREDISPOSIZIONE PROGETTO DI PREVENZIONE E PREDIZIONE PER PUBBLICAZIONE	ANALISI DATI NAZIONALI SALUTE MENTALE E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO DI PREVENZIONE ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	ANALISI DATI NAZIONALI SALUTE MENTALE E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO DI PREVENZIONE ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	10
B - APPROPRIATEZZA					
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE		RIORGANIZZAZIONE OFFERTA REMS		MAPPATURA UTENTI PRESENTI SUL TERRITORIO AL FINE DI INDIRIZZARLI NEL SETTING DI CURA APPROPRIATO CON RELAZIONE DEGLI INVESTIMENTI NECESSARI	5
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.14	PAZIENTI PSICHIATRICI PRESI IN CARICO	RIDUZIONE DEI RE-RICOVERI DEI PAZIENTI CON ALMENO UN RICOVERO ENTRO 30 GG RISPETTO ALL'ANNO 2023 ≤ 15%	RIDUZIONE DEI RE-RICOVERI DEI PAZIENTI CON ALMENO UN RICOVERO ENTRO 30 GG RISPETTO ALL'ANNO 2023 ≤ 15%	10
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.5	PROMOZIONE E REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI DEL DSM PER GARANTIRE UN PERCORSO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO CHE COINVOLGA TUTTI I SERVIZI	ELABORAZIONE PROGETTO CONGIUNTO DI INTEGRAZIONE CON CORRETTA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE ANCHE IN RELAZIONE AL PASSAGGIO DI SETTING	ELABORAZIONE PROGETTO CONGIUNTO DI INTEGRAZIONE CON CORRETTA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE ANCHE IN RELAZIONE AL PASSAGGIO DI SETTING TRA TSMREE E DSM - ELABORAZIONE POTA ENTRO LUGLIO N PTI/N PAZIENTI PRESI IN CARICO ≥ 90%	15
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	RECEPIMENTO INDICAZIONI CVS RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E DEL CONTENIMENTO DEL CONTENZIOSO AZIENDALE	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE NELLE UU.OO. DI AFFERENZA	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE NELLE UU.OO. DI AFFERENZA	5
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO O PROPOSTA NUOVA PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO 2 ANNI 2 ANNI PROPOSTA DI ALMENO 1 PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO 2 ANNI 2 ANNI ELABORAZIONE CARTA DEI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO	10
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.11	PROGETTO "SOSTEGNO ALL'ABITARE"	RELAZIONE SU ATTIVITA' SVOLTE IN ATTUAZIONE DEL PROGETTO APPROVATO DALLA DIREZIONE AZIENDALE	RELAZIONE SU ATTIVITA' SVOLTE IN ATTUAZIONE DEL PROGETTO APPROVATO DALLA DIREZIONE AZIENDALE	10
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	5
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI AFFERENZA	100%	100%	30
					100

LA DIREZIONE STRATEGICA

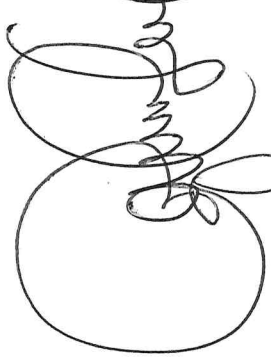
IL DIRETTORE/RESPONSABILE

03/06/2024

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

MEDICI COMPETENTI					
DR.SSA BARBARA SED / DR. FRANCESCO DE GIORGIO					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.12	VISITE MEDICHE ART. 41 DEL LGS 81/08 E S.M.I.	% LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI IN SERVIZIO AL 1° DI OGNI MESE CON IDONEITA'=100%	% LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI IN SERVIZIO AL 1° DI OGNI MESE CON IDONEITA'=100% (DEL PERSONALE CHE SI PRESENTA A VISITA)	20
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.15	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	CHIUSURA CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO ENTRO 1 MESE DALL'APERTURA	CHIUSURA CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO ENTRO 45 GIORNI DALL'APERTURA	20
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.15	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	INVIO AI DIRIGENTI ENTRO IL 5 DI OGNI MESE ELENCO DIPENDENTI IN SCADENZA PER PROGRAMMAZIONE VISITE DI SORVEGLIANZA SANITARIA	INVIO AI DIRIGENTI ENTRO IL 7 DI OGNI MESE ELENCO DIPENDENTI AI FINI DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE VISITE DI SORVEGLIANZA SANITARIA. COMUNICAZIONE ENTRO IL GIORNO SUCCESSIVO DEL PERSONALE CHE NON SI PRESENTATO A VISITA	15
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.15	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO		DEFINIZIONE SLOT PER I DIPENDENTI DA SOTTOPORRE A VISITA SPECIALISTICA SULLA BASE DI PROTOCOLLI DI SORVEGLIANZA SANITARIA E DEGLI ESAMI INTEGRATIVI	15
B - APPROPRIATEZZA					
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.14	AGGIORNAMENTO PROCEDURE	AGGIORNAMENTO PROCEDURA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI IN COLLABORAZIONE CON RSPP	AGGIORNAMENTO PROCEDURA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI IN COLLABORAZIONE CON RSPP	15
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.15	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	ELABORAZIONE PROCEDURA PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA CON INDICAZIONE DEI PROTOCOLLI DI RISCHIO, IN COLLABORAZIONE CON IL DAPS, ENTRO 30.04.2025 APPLICAZIONE PROCEDURA CON REPORT AL 31.12.2024	ELABORAZIONE PROCEDURA PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA CON INDICAZIONE DEI PROTOCOLLI DI RISCHIO, IN COLLABORAZIONE CON IL DAPS, ENTRO 30.04.2025 APPLICAZIONE PROCEDURA CON REPORT AL 31.12.2024	15
					100

16/06/2024


I MEDICI COMPETENTI

LA DIREZIONE STRATEGICA


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE					
DOTT.SSA ANTONELLA MARTINI					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.1	MONITORAGGIO DELLA MESSA IN ATTO DELLE MISURE DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI	100% INDICATORI PPV	100% INDICATORI PPV	15
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.3	REDAZIONE E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE AZIENDALE DEL REPORT INFORTUNI 2024 CON INDAGINE STATISTICA	100%	100%	15
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.4	AGGIORNAMENTO DVR UOOU ASL	AGGIORNAMENTO DEI DVR DI AREE PIU' SENSIBILI	AGGIORNAMENTO DI ALMENO 10 DVR	15
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.5	GESTIONE DEI RIFIUTI	FORMAZIONE DEI PREPOSTI SULLA PROCEDURA AZIENDALE	FORMAZIONE DEI PREPOSTI SULLA PROCEDURA AZIENDALE	15
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.13	GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO	REPORT MONITORAGGIO DEI RISCHI DI INCENDIO ED ADOZIONE DELLE AZIONI PREVISTE TESE A ELIMINAZIONE E/O CONTENIMENTO DEI RISCHI RISPETTO CALENDARIO PROVE DI EVACUAZIONE	REPORT MONITORAGGIO DEI RISCHI DI INCENDIO ED ADOZIONE DELLE AZIONI PREVISTE TESE A ELIMINAZIONE E/O CONTENIMENTO DEI RISCHI RISPETTO CALENDARIO PROVE DI EVACUAZIONE. EFFETTUAZIONE N. 10 PROVE DI EVACUAZIONE	15
B - APPROPRIATEZZA					
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	RISPETTO OBIETTIVI DI COMPETENZA	RISPETTO OBIETTIVI DI COMPETENZA	10
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.14	AGGIORNAMENTO PROCEDURE	AGGIORNAMENTO PROCEDURA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI IN COLLABORAZIONE CON I MEDICI COMPETENTI	AGGIORNAMENTO PROCEDURA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI IN COLLABORAZIONE CON I MEDICI COMPETENTI	10
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	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	5
					100

08/06/2024

Visto il 08/06/2024

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

Stefani

LA DIREZIONE STRATEGICA

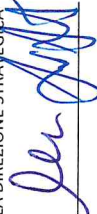
Aden

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

		UOC ANALISI DI LABORATORIO				
		DR. STEFANO VENARUBEA				
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.1	PREDISPOSIZIONE PROGETTO DI PREVENZIONE E PREDIZIONE PER PUBBLICAZIONE	ANALISI DATI NAZIONALI E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	ANALISI DATI NAZIONALI E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	15	
	B - APPROPRIATEZZA					
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: GERMI ALERT (ICA)	REPORTISTICA TRIMESTRALE SU GERMI ALERT (ICA) PER LE UU.OO. OSPEDALIERE	REPORTISTICA TRIMESTRALE SU GERMI ALERT (ICA) PER LE UU.OO. OSPEDALIERE	10	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	TEMPO DI ESECUZIONE ESAMI DI LABORATORIO SU RICHIESTA DA PS. DA ACCETTAZIONE A REFERTAZIONE TEMPO MEDIO 50 MINUTI	TEMPO DI ESECUZIONE ESAMI DI LABORATORIO SU RICHIESTA DA PS. DA ACCETTAZIONE A DISPONIBILITA' SU L.I.S. TEMPO MEDIO 70 MINUTI (EMATOLOGIA, CHIMICA CLINICA E COAGULAZIONE)	15	REPORT SIS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO O PROPOSTA NUOVA PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI PROPOSTA DI LAMENO 1 PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI PROPOSTA DI ALMENO 1 PROCEDURA	10	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	RECEPIMENTO INDICAZIONI CVS RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E DEL CONTENIMENTO DEL CONTENZIOSO AZIENDALE	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE	10	REPORT UOC RISK
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3	PROGETTO DI TELEPATOLOGIA		REFERTAZIONE SU LIS DEI POCT OSPEDALIERI	15	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2023	15	REPORT COAN
					100	

06/06/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOC ASSISTENZA ALLA PERSONA DOTT.SSA AGNESE BARSACCHI						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.10	CONTROLLI MULTIDISCIPLINARI DEL PERSONALE DEL COMPARTO (PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E TECNICO)	GARANTIRE LE ATTIVITA' TECNICHE PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' DELLE UU.OO. ALLE QUALI SONO ASSEGNATI	GARANTIRE LE ATTIVITA' TECNICHE PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' DELLE UU.OO. ALLE QUALI SONO ASSEGNATI	10	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.25	STANDARD ORGANIZZATIVI ACCORDO N. 46/2013. VERIFICA DELL'EFFICACIA DOCUMENTALE IN FUNZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	2/2	2/2	15	
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C2.6	MONITORAGGIO SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMM)	100%	100%	15	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO	REVISIONE PROCEDURE CON REVISIONE ≥ 2 ANNI	REVISIONE PROCEDURE CON REVISIONE ≥ 2 ANNI	15	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	INDICAZIONI CVS RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLA RIDUZIONE DEL CONTENZIOSO AZIENDALE	RECEPIMENTO 100% INDICAZIONI FORNITE	RECEPIMENTO 100% INDICAZIONI FORNITE	15	REPORT UOC RISK
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.12	ATTIVAZIONE COT	REPORT SEMESTRALE A CDG SU N. DI AZIONI RISOLTE/N. DI AZIONI RICHIESTE	REPORT SEMESTRALE A CDG SU CORRETTO ANDAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE DELLE COT	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE	RISPETTO OBIETTIVI DI COMPETENZA DEL COMPARTO INFERMIERISTICO	RISPETTO OBIETTIVI DI COMPETENZA DEL COMPARTO INFERMIERISTICO	15	REPORT DIP. PREV
					100	

2024/2024

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA					
DOTT. SIMONE DE PERSIS					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO NOTE
B - APPROPRIATEZZA					
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE	RISPETTO OBIETTIVI DI COMPETENZA	RISPETTO OBIETTIVI DI COMPETENZA	10
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.34	ATTIVITA' DI PREVENZIONE NELLE SCUOLE (CEWNTRI INTEGRATI DI CONSULENZA ED EVENTI DI PREVENZIONE)		ATTIVITA' IN ALMENO IL 70% DELLE SCUOLE SUPERIORI DELLA PROVINCIA CON EVENTO SU GIOCO D'AZZARDO	REPORT DIP. PREV
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	RISPETTO OBIETTIVI 2024 DI COMPETENZA COME DA INDICAZIONI UOC RISK	RISPETTO OBIETTIVI 2024 DI COMPETENZA COME DA INDICAZIONI UOC RISK	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	RIDUZIONE ACCESSO IN PS DI PAZIENTI CON PATOLOGIA DA DIPENDENZA < 10%	RIDUZIONE ACCESSO IN PS DI PAZIENTI CON PATOLOGIA DA DIPENDENZA < 10%	REPORT UOC RISK
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.5	PROMOZIONE E REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI DEL DSM PER GARANTIRE UN PERCORSO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO CHE COINVOLGA TUTTI I SERVIZI	ASSICURARE LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI IN DIMISSIONE DALLE STRUTTURE DEL DSM CONDIVISIONE DEL PERCORSO PAZIENTE PER ALMENO IL 75%	ELABORAZIONE PROGETTO CONGIUNTO DI INTEGRAZIONE CON CORRETTA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE ANCHE IN RELAZIONE AL PASSAGGIO DI SETTING TRA TSMREE E DSM - ELABORAZIONE PDTA ENTRO LUGLIO N PTI/N PAZIENTI PRESI IN CARICO ≥ 90%	15 REPORT DSM
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.3	COMPLETEZZA E QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI SANITARI DI COMPETENZA	≥90%	≥90%	10
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	20
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	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10
					100

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

02/06/2024

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORI

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOC TUTELA DEL MATERNO INFANTILE						
DR. VINCENZO SPINA						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	NEGOZIATO 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO SICUREZZA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	A2.1	PAE - PROMOZIONE ED INTERVENTI DI SENSIBILIZZAZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE	GESTIONE DELLE ATTIVITA' DELLO SPORTELLO ANTIVIOLENZA. REPORT SEMESTRALE SUI DATI DI ATTIVITA'	ELABORAZIONE DI UN DOCUMENTO TECNICO DA INVIARE ALLE AUTORITA' COMPETENTI CON ESAME DELLE CRITICITA' E PROPOSTE DI RISOLUZIONE IN TEMI DI VIOLENZA DI GENERE E SUI MINORI	15	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.16	NUMERO DI SOGGETTI ENTRO I 24 MESI DI VITA VACCINATI CON 3 DOSI COPERTURA VACCINALE PER ESVALENTE	≥ 95%	≥ 95%	10	REPORT DIP. PREV
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	RISPETTO DEGLI INDICATORI DI COMPETENZA	RISPETTO DEGLI INDICATORI DI COMPETENZA	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.24	SCREENING DI PRIMO LIVELLO TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	MANTENIMENTO DEGLI STANDARD DEFINITI DA DCA	MANTENIMENTO DEGLI STANDARD DEFINITI DA DCA	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.26	TASSO DI COPERTURA (TDC) A 24 MESI PER LA PRIMA DOSE DI VACCINO MPR	≥ 95%	≥ 95%	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.9	COPERTURA VACCINALE HPV	INCREMENTO DEL 5% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	INCREMENTO DEL 5% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	10	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.5	CONSULENZE DA EFFETTUARE IN OSPEDALE ENTRO 48 ORE DALLA RICHIESTA E/O PRESTAZIONE AMBULATORIALE INTESA COME DIMISSIONE PROTETTA	RICHIESTA CONSULENZA SU DEDALUS A UOSD PEDIATRIA E REFERTAZIONE SU DEDALUS ENTRO 48 ORE (ESCLUSO FINE SETTIMANA)	RICHIESTA CONSULENZA SU DEDALUS A UOSD PEDIATRIA E REFERTAZIONE SU DEDALUS ENTRO 48 ORE (ESCLUSO FINE SETTIMANA)	15	REPORT SIS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	15	REPORT SIS
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI AREA

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD AFFARI GENERALI E LEGALI					
DOTT. SSA ALESSANDRA FALCETTI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E PROCEDURE DI SCARTO DOCUMENTI/ATTID/ARCHIVIO DI NATURA CARTACEA ENTRO 30/04 REPORT ATTIVITA' A GIUGNO REPORT CONSUNTIVO SU ATTIVITA' ESPLETATE DALLE DIVERSE UU.OO. A DICEMBRE	REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E PROCEDURE DI SCARTO DOCUMENTI/ATTID/ARCHIVIO DI NATURA CARTACEA ENTRO 30/04 REPORT ATTIVITA' A GIUGNO REPORT CONSUNTIVO SU ATTIVITA' ESPLETATE DALLE DIVERSE UU.OO. A DICEMBRE	20
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	SEGRETERIA CVS	RISPETTO TEMPISTICHE REGIONALI PER DELIBERAZIONE DOCUMENTO ORGANIZZATIVO SUL FUNZIONAMENTO DEL CVS	RISPETTO TEMPISTICHE REGIONALI PER DELIBERAZIONE DOCUMENTO ORGANIZZATIVO SUL FUNZIONAMENTO DEL CVS	5
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI		REGOLAMENTO PER IL SUPPORTO E IL MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' DI SPERIMENTAZIONE CLINICA E CONDUZIONE STUDI		PROPOSTA DI REGOLAMENTO ENTRO GIUGNO	5
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	10
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.3	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	ENTRO 60GG	ENTRO 60GG	15
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.15	RECUPERO CREDITI SECONDO REGOLAMENTO AZIENDALE "MANCATO RITIRO REFERTI"	COMPILAZIONE DEL FILE PER INVIO AGENZIA DELLE ENTRATE	COMPILAZIONE DEL FILE PER INVIO AGENZIA DELLE ENTRATE	20
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZINE STRAORDINARIO	RISPETTO ORE DI STRAORDINARIO ATTRIBUITE ALLA UOC	RISPETTO ORE DI STRAORDINARIO ATTRIBUITE ALLA UOC PARI A 40 ORE RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO	15
					100

10/06/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD ANAGRAFE ZOOTECNICA E DEGLI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	ANALISI DEI RECLAMI PERVENUTI CON AUDIT PER AZIONI DI MIGLIORAMENTO	RIDUZIONE DEL 50% RISPETTO AL 2023 (SE RECLAMI 2023 > 0) RISPETTO AD ANALISI DI APPROPRIATEZZA URP	20 REPORT URP
B - APPROPRIATEZZA					
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	RISPETTO AZIONI DI COMPETENZA	RISPETTO AZIONI DI COMPETENZA	20
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.21	PREDISPOSIZIONE NOTE PER LA RISCOSSIONE DELLE TARIFFE GESTIONE ANNUALE BDN	INVIO NOTE E PREDISPOSIZIONE REPORT	INVIO NOTE E PREDISPOSIZIONE REPORT	20
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO	REVISIONE PROCEDURE CON REVISIONE ≥ 2 ANNI	REVISIONE PROCEDURE CON REVISIONE ≥ 2 ANNI	20 REPORT UOC RISK
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.5	IMPLEMENTAZIONE B.D.N.	CRUSCOTTO ANOMALIE SEGNALATE: RISOLUZIONE DEL 50% DELLE ANOMALIE	CRUSCOTTO ANOMALIE SEGNALATE: RISOLUZIONE DEL 50% DELLE ANOMALIE	20
					100

IL RESPONSABILE UOSD
LA DIREZIONE STRATEGICA

Carlo Colaninno

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

Roberto De Luca

31/06/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA
LA DIREZIONE ORGANIZZATIVA E COORDINATORE

Carlo Colaninno

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD CENTRO SALUTE MENTALE						
DR. SIMONE DE PERSIS						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	RIDUZIONE DEL 50% RISPETTO AL 2023 (SE RECLAMI 2023 > 0) RISPETTO AD ANALISI DI APPROPRIATEZZA URP	RIDUZIONE DEL 50% RISPETTO AL 2023 (SE RECLAMI 2023 > 0) RISPETTO AD ANALISI DI APPROPRIATEZZA URP	10	REPORT URP
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	RISPETTO OBIETTIVI 2024 DI COMPETENZA COME DA INDICAZIONI UOC RISK	RISPETTO OBIETTIVI 2024 DI COMPETENZA COME DA INDICAZIONI UOC RISK	15	REPORT UOC RISK
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.9	FAMILIARI DI PAZIENTI GRAVI SALUTE MENTALE INSERITI NEL PERCORSO DI CURA	≥90%	EVENTO FORMATIVO PER ATTIVAZIONE DI GRUPPI MULTIFAMILIARI	10	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.5	PROMOZIONE E REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI DEL DSM PER GARANTIRE UN PERCORSO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO CHE COINVOLGA TUTTI I SERVIZI	ASSICURARE LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI IN DIMISSIONE DALLE STRUTTURE RESIDENZIALI (SPDC, REMS, ETC) CONDIVISIONE DEL PERCORSO PAZIENTE PER ALMENO IL 75%	ELABORAZIONE PROGETTO CONGIUNTO DI INTEGRAZIONE CON CORRETTA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE ANCHE IN RELAZIONE AL PASSAGGIO DI SETTING TRA TSMREE E DSM - ELABORAZIONE PDTA ENTRO LUGLIO N PTI/N PAZIENTI PRESI IN CARICO ≥ 90%	20	REPORT SIS INTERVALLO DI VALUTAZIONE TRA 60% E 90%, SOTTO IL 60% OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	20	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	15	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO		SPESA STRUTTURE CONVENZIONATE		RIDUZIONE RISPETTO AL 2023	10	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

03/06/2024

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD HOSPICE E CURE SIMULTANEE A VALENZA OSPEDALE TERRITORIO					
DOTT.SSA ANNA CERIBELLI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO NOTE
B - APPROPRIATEZZA					
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.6	LDP: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LDP (RISP. DOC. REGIONALE)	100%	100%	15 REPORT DAPS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.5	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	15 REPORT DAPS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.3	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 ATTUAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	100% DA ATTUAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	15 REPORT DAPS
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.7	RETE ONCOLOGICA	ATTUAZIONE PIANO OPERATIVO E INVIO REPORT SEMESTRALE E ANNUALE CON ATTIVITA' INTRAPRESE	ATTUAZIONE PIANO OPERATIVO E INVIO REPORT SEMESTRALE E ANNUALE CON ATTIVITA' INTRAPRESE	15
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.6	INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CURA: HOSPICE RESIDENZIALE E DOMICILIARE	≥90%	≥90%	15
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	15 REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	5 REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	5 REPORT COAN
					100

LA DIREZIONE STRATEGICA

[Signature]

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

[Signature]

6/6/24

IL DIRETTORE RESPONSABILE

[Signature]

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

ASL RIETI		UOSD MALATTIE INFETTIVE				
		DR. MAURO MARCHILI				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	100% GESTIONE ICA	100% GESTIONE ICA	10	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	USO APPROPRIATO ANTIBIOTICI IN PAZIENTI CON ICA SECONDO PROTOCOLLO AZIENDALE	100% DELLE CARTELLE VERIFICATE A CAMPIONE DA RISK	100% DELLE CARTELLE VERIFICATE A CAMPIONE DA RISK	15	REPORT UOC RISK
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.7	DEGENZA MEDIA	≤ 13	≤ 13	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.2	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	RISPETTO INDICATORI PREVISTI NELLA DETERMINAZIONE REGIONALE	RISPETTO INDICATORI PREVISTI NELLA DETERMINAZIONE REGIONALE	15	REPORT FARMACIA
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.6	LDP: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LDP (RISP. DOC. REGIONALE)	100%	100%	5	REPORT DAPS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.5	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	REPORT DAPS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.3	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	REPORT DAPS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.8	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	10	REPORT SIS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	15	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2023	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	5	REPORT COAN
					100	

04/06/2024

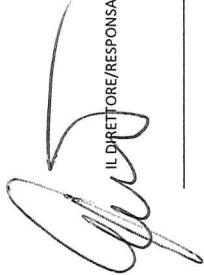
LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD MEDICINA TRASFUSIONALE						
DR. STEFANO VENARUBEA						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	RIDUZIONE DEL 50% RISPETTO AL 2023 (SE RECLAMI 2023 > 0) RISPETTO AD ANALISI DI APPROPRIATEZZA URP	RIDUZIONE DEL 50% RISPETTO AL 2023 (SE RECLAMI 2023 > 0) RISPETTO AD ANALISI DI APPROPRIATEZZA URP	5	REPORT URP
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.1	PREDISPOSIZIONE PROGETTO DI RICERCA PER PUBBLICAZIONE	ANALISI DATI NAZIONALI E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	ANALISI DATI NAZIONALI E PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO ENTRO IL 30/06 E PUBBLICAZIONE ENTRO IL 31/12	10	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.7	RIORGANIZZAZIONE DEL CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	MONITORAGGIO PROGETTO RIORGANIZZAZIONE CENTRO. REPORT SEMESTRALE ATTIVITA' E CRITICITA'	MONITORAGGIO PROGETTO RIORGANIZZAZIONE CENTRO. REPORT SEMESTRALE ATTIVITA' E CRITICITA'	15	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.16	PROMOZIONE DELLA DONAZIONE: INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ DI RACCOLTA SANGUE NELL'ANNO RISPETTO A QUELLO DELL'ANNO PRECEDENTE	≥ 4 %	≥ 4 %	10	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	AGGIORNAMENTO PROCEDURE DI COMPETENZA CON INSERIMENTO INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO O PROPOSTA NUOVA PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI PROPOSTA DI LAMENO 1 PROCEDURA	REVISIONE PROCEDURE CON AGGIORNAMENTO ≥ 2 ANNI PROPOSTA DI ALMENO 1 PROCEDURA	15	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	RECEPIMENTO INDICAZIONI CVS RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E DEL CONTENIMENTO DEL CONTENZIOSO AZIENDALE	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE	ELABORAZIONE PIANI DI MIGLIORAMENTO SULLE AZIONI RICEVUTE	10	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO		REGOLAMENTO BUON USO DEL SANGUE		ELABORAZIONE IN COLLABORAZIONE CON LE UOC CHIRURGICHE ENTRO IL 15.09.2024	10	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	15	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	10	REPORT COAN
					100	

04/06/2024

IL DIRETTORE RESPONSABILE

LA DIREZIONE STRATEGICA

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

ASL Rieti UOC NEFROLOGIA E DIALISI		DR.SSA FIORELLA FARAGLIA				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI PER CLASSE DI PRIORITA' CON TEMPO DI ATTESA ENTRO SOGLIA COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	15	REPORT CUP
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.6	LDP: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LDP (RISP. DOC. REGIONALE)	100%	100%	5	REPORT DAPS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.5	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	10	REPORT DAPS
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.3	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	10	REPORT DAPS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B5.2	DIMMISSIONI PROGRAMMATE	60% DEI PAZIENTI DIMISSIONI ENTRO LE 14 E/O NEL WEEK END	60% DEI PAZIENTI DIMISSIONI ENTRO LE 14 E/O NEL WEEK END	15	REPORT DMO
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	≥90%	RISPETTO ≥90% PER INDICATORE: - MORTALITA' A 30 GG PER INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	15	REPORT SIS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	20	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2023	5	REPORT COAN
					100	

06/06/2024

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

LA DIREZIONE STRATEGICA

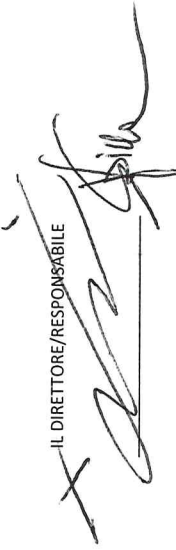
SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD NEONATOLOGIA E PEDIATRIA DR.SSA FRANCA FARAONI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.23	SCREENING NEONATALE	100% DEI NATI PER VISITE DI II LIVELLO - UDITIVO	100% DEI NATI PER VISITE DI II LIVELLO - UDITIVO	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.23	SCREENING NEONATALE	100% DEI NATI PER VISITE DI II LIVELLO - VISIVO	100% DEI NATI PER VISITE DI II LIVELLO - VISIVO	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.23	SCREENING NEONATALE	100% DEI NATI PER METABOLICO ESTESO	100% DEI NATI PER METABOLICO ESTESO	10	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.3	GESTIONE DIABETE PEDIATRICO PROGETTO CON DIABETOLOGIA (RIETI-VITERBO)	AUMENTO 5% PRESA IN CARICO DI BAMBINI	AUMENTO 5% PRESA IN CARICO DI BAMBINI	15	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.5	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	10	REPORT DAPS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	15	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2022	10	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2023	10	REPORT COAN
					100	

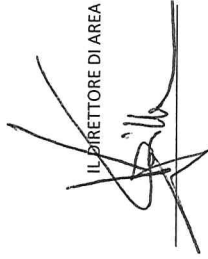
LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



IL DIRETTORE DI AREA



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

UOSD STRUTTURE RIABILITATIVE SALUTE MENTALE E REMS						
DR.SSA DANIELA GIOIA						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.6	REMS: OCCUPAZIONE A REGIME DI TUTTI I POSTI LETTO	≥ 90%	≥ 90%	25	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.20	REGISTRO INVII PAZIENTI IN OSPEDALE PER EVENTI AGGRESSIVI	REPORT SEMESTRALE CASI E AUDIT SU EVENTI	REPORT SEMESTRALE CASI E AUDIT SU EVENTI	25	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.5	PROMOZIONE E REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI DEL DSM PER GARANTIRE UN PERCORSO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO CHE COINVOLGA TUTTI I SERVIZI	CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON I SERVIZI TERRITORIALI SIN DALL'INGRESSO (INVIO SCHEDA RICOVERO) E DEFINIZIONE DEL PERCORSO SUCCESSIVO DI PRESA IN CARICO. N, SCHEDE INVIATE/N. RICOVERI ANNUI = 75%	INCONTRI TRIMESTRALI CON CSM PER AGGIORNAMENTO TRIMESTRALE DEI PTRI/PTI DI TUTTI I PAZIENTI INTERNATI IN REMS ≥ 90%	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.5	PROMOZIONE E REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI DEL DSM PER GARANTIRE UN PERCORSO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO CHE COINVOLGA TUTTI I SERVIZI		AGGIORNAMENTO DI TUTTI I MOVIMENTI IN/OUT DELL'UTENZA REMS CON CARICAMENTO DEI DATI SULLO SMOP CAMPANIA = 100%	10	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	25	REPORT SIS
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

03/06/2024

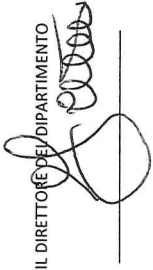
IL DIRETTORE/RESPONSABILE

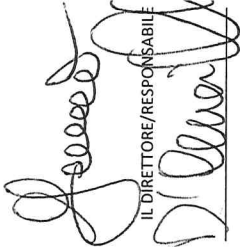
SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2024

ASL FRL 11							UOSD TERAPIA DEL DOLORE DR. BRUNO COCCETTI						
OBIETTIVO GENERALE		N.	OBIETTIVO SPECIFICO		PROPOSTE 2024	NEGOZIATO 2024	PESO	NOTE					
B - APPROPRIATEZZA													
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA											
	B1.5	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI				≥90%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OSSERVAZIONI DISPOSTE=100%	20	REPORT DMO				
	B1.3	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	15	REPORT DAPS				
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI													
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE				≥90%	≥90%	20	REPORT SIS				
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA													
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI				MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2023	15	REPORT COAN				
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI				MANTENIMENTO VALORI 2022	MANTENIMENTO VALORI 2023	15	REPORT COAN				
								100					

05/06/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA


IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO



IL DIRETTORE/RESPONSABILE