

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
DR. GIANLUCA FOVI DE RUGGERO						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.2	Urban Health	3 tavoli tecnici allargati a tutte le autorità coinvolte	3 tavoli tecnici allargati a tutte le autorità coinvolte	10	
	B - APPROPRIATEZZA					
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE PREVENZIONE 2025	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su Indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su Indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE PREVENZIONE 2025	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2024 E Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione alla Regione Lazio	Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2024 E Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione alla Regione Lazio	10	DGR 606/24
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	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.14	MONITORAGGIO SCREENING MAMMOGRAFICO E COLON RETTO PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI DI II LIVELLO NEI TEMPI DETTATI DALLA REGIONE	rispetto obiettivi screening DGR 606/2024	rispetto obiettivi screening DGR 606/2024	10	DGR 606/24
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.18	OFFERTA TEST DI SCREENING HCV	≥ 75% popolazione target come da DGR 606/2024	≥ 75% popolazione target come da DGR 606/2024	10	DGR 606/24
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.18	Piano Pandemico aziendale	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2024 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022 e nota di trasmissione entro 31/11 della delibera con evidenza della nomina del coordinatore aziendale	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2024 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022 e nota di trasmissione entro 31/11 della delibera con evidenza della nomina del coordinatore aziendale	10	DGR 606/24
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI AFFERENZA	100%	100%	20	
					100	

12/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

II DIRETTORE/RESPONSABILE

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC IGIENE E SANITA' ANIMALE						
DR. GIANCARLO COLARIETI						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	rispetto del 100% degli indicatori previsti per PL11 e PP10	rispetto del 100% degli indicatori previsti per PL11 e PP10	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE PREVENZIONE 2025	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.4	CONTROLLI PER FARMACOSORVEGLIANZA NELLE UNITA' PRIMARIE	n. 100 controlli su allevamenti (bovini da latte, suini, avicoli)	n. 100 controlli su allevamenti (bovini da latte, suini, avicoli)	5	trend in miglioramento rispetto 2024
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.6	CONTROLLO ALLEVAMENTI PER MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI	n. allevamenti controllati per malattie infettive trasmissibili/n. previsto dalla normativa vigente = 100%	n. allevamenti controllati per malattie infettive trasmissibili/n. previsto dalla normativa vigente = 100%	5	trend in miglioramento rispetto 2024
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.7	CONTROLLO E VERIFICA DEL CANILE SANITARIO	cani che sostano > 15 gg = 0	cani che sostano > 15 gg = 0	10	rispetto ai cani che possono realmente uscire relazione UOC
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.2	CONTROLLI CONGIUNTI AREA DELLA SICUREZZA ALIMENTARE	10/10	10/10	15	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.19	PROCEDURE per programmazione e analisi del rischio previsti dalla normativa vigente	redazione procedura entro giugno 2025 definizione e attuazione della programmazione dicembre 2025	redazione procedura entro giugno 2025 definizione e attuazione della programmazione dicembre 2025	20	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	15	REPORT ECO-FIN
					100	

14/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC IGIENE DELLA PRODUZIONE TRASFORMAZIONE COMMERCIALIZZAZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE						
DR.SSA VALENTINA D'OVIDIO						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	rispetto del 100% degli indicatori previsti per PP10 e PL11	rispetto del 100% degli indicatori previsti per PP10 e PL11	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE PREVENZIONE 2025	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.25	STANDARD ORGANIZZATIVI ACCORDO N. 46/2013. VERIFICA DELL'EFFICACIA DOCUMENTALE IN FUNZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	2/2 (OPERATORI DIP. PREV.)	2/2	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.2	CONTROLLI CONGIUNTI AREA DELLA SICUREZZA ALIMENTARE	10/10	10/10	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.5	CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI CON VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LE ATTIVITA' CON AUTODICHIARAZIONE SOGGETTE A PAGAMENTO TARIFFA AI SENSI DEL D. LGS 32/21	100%	100%	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.5	ALTRI CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI	MONITORAGGIO DEL 100% DEI CAMPIONI PROGRAMMATI	MONITORAGGIO DEL 100% DEI CAMPIONI PROGRAMMATI	10	
					100	

11/12/2024

DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE





SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

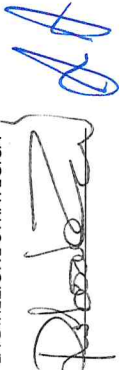
UOSD ANAGRAFE ZOOTECNICA E DEGLI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	Rispetto azioni di competenza	Rispetto azioni di competenza	20	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.21	Predisposizione di una procedura operativa per la gestione della riscossione delle tariffe di gestione BDN con supporto UOC Economico Finanziaria	Invio note e predisposizione report	Invio note e predisposizione report	25	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	Redazione job description perle diverse mansioni amministrative	individuazione mansioni 01.04.2025 job description 31.12.2025	individuazione mansioni 01.04.2025 job description 31.12.2025	30	REPORT UOC RISK
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.5	Verifica corrispondenza dati BDN con dati attività produttive presenti sul SIP	report semestrale allineamento dati	report semestrale allineamento dati	25	
					100	

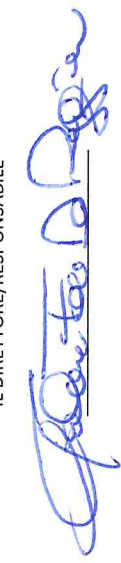
11/12/2024

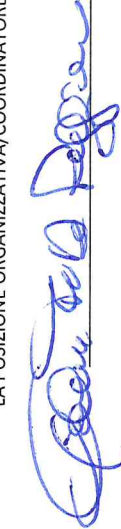
LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE







SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

ASL Lazio UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA DR. GIANLUCA FOVI DE RUGGIERO						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	Rispetto azioni di competenza			
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.21	RAGGIUNGIMENTO DELL'ADEMPIMENTO LEA RIGUARDO LA COPERTURA DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE SULLA POPOLAZIONE DI ETA' > 65 ANNI	75%	75%	10	L'obiettivo si intende raggiunto se i risultati della ASL sono i primi nel Lazio
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.9	COPERTURA VACCINALE HPV	100% della domanda	100% della domanda	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.18	OFFERTA TEST DI SCREENING HCV	≥ 75% popolazione target come da DGR 606/2024	≥ 75% popolazione target come da DGR 606/2024	15	Valutazione come DGR 606/2024
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.27	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DEL COLON RETTO	≥ 50 %	≥ 50 %	5	L'obiettivo si intende raggiunto se i risultati della ASL sono i primi nel Lazio
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.27	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	≥ 50%	≥ 50%	10	L'obiettivo si intende raggiunto se i risultati della ASL sono i primi nel Lazio
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.27	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA	≥ 60%	≥ 60%	5	L'obiettivo si intende raggiunto se i risultati della ASL sono i primi nel Lazio
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.12	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	Indicatore DGR 606/24: verifica mensile sull'andamento dell'indicatore regionale con analisi degli scostamenti e riunioni ad hoc tese al superamento delle criticità riscontrate. Comunicazioni delle criticità e delle possibili soluzioni alla Direzione	Indicatore DGR 606/24: verifica mensile sull'andamento dell'indicatore regionale con analisi degli scostamenti e riunioni ad hoc tese al superamento delle criticità riscontrate. Comunicazioni delle criticità e delle possibili soluzioni alla Direzione	15	Valutazione come DGR 606/2024
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.13	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.	Indicatore DGR 606/24: verifica mensile sull'andamento dell'indicatore regionale con analisi degli scostamenti e riunioni ad hoc tese al superamento delle criticità riscontrate. Comunicazioni delle criticità e delle possibili soluzioni alla Direzione	Indicatore DGR 606/24: verifica mensile sull'andamento dell'indicatore regionale con analisi degli scostamenti e riunioni ad hoc tese al superamento delle criticità riscontrate. Comunicazioni delle criticità e delle possibili soluzioni alla Direzione	15	Valutazione come DGR 606/2024
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO						
DR. CARMINE FALSARONE						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE PREVENZIONE 2025	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	Monitoraggio, valutazione e proposta di outcome su indicatori NSG e Piani della Prevenzione Aziendali/Regionali/Nazionali	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.1	ATTIVITA' ORDINARIA LEA COME DA OBIETTIVI REGIONALI	AZIENDE DEL COMPARTO EDILIZIO VIGILATE/N. AZIENDE RICHIESTE DAI LEA=100%	aziende del comparto edilizio vigilate/n. aziende richieste dai LEA=100%	20	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.1	ATTIVITA' ORDINARIA LEA COME DA OBIETTIVI REGIONALI	AZIENDE DEL COMPARTO AGRICOLTURA VIGILATE/N. AZIENDE RICHIESTE DAI LEA=100%	aziende del comparto agricoltura vigilate/n. aziende richieste dai LEA=100%	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.1	ATTIVITA' ORDINARIA LEA COME DA OBIETTIVI REGIONALI	AZIENDE DI ALTRI COMPARTI VIGILATI/N. AZIENDE RICHIESTE DAI LEA=100%	aziende di altri comparti vigilati/n. aziende richieste dai LEA=100%	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.1	ATTIVITA' ORDINARIA LEA COME DA OBIETTIVI REGIONALI	AZIENDE VIGILATE/N. AZIENDE RICHIESTE DAI LEA=100%	aziende vigilate/n. aziende richieste dai LEA=100%	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP- ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	RISPETTO AZIONI DI COMPETENZA	rispetto azioni di competenza	20	
					105	

12/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO NOTE
B - APPROPRIATEZZA					
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	Rispetto azioni di competenza	Rispetto azioni di competenza	15
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.22	REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "SANOCCHIA" SU IODIO PROFILASSI RIVOLTO A UN CAMPIONE DI SCUOLE PRIMARIE E MEDIE DELLA PROVINCIA DI RIETI SU ADESIONE VOLONTARIA	100% corsi di formazione a insegnanti degli istituti aderenti raccolta ricette elaborate dagli alunni ed invio in regione entro il 31/12/2024	100% corsi di formazione a insegnanti degli istituti aderenti raccolta ricette elaborate dagli alunni ed invio in regione entro il 31/12/2024	10
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.29	RISPETTO PROGRAMMAZIONE TRIENNALE DEI C.U. SU TUTTE LE ATTIVITA' CENSITE CON VALUTAZIONE NUTRIZIONALE - Mense Scolastiche	C.U. = 33%/ANNO	C.U. = 33%/ANNO	10
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.25	STANDARD ORGANIZZATIVI ACCORDO N. 46/2013. VERIFICA DELL'EFFICACIA DOCUMENTALE IN FUNZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	2/2 (OPERATORI DIP. PREV.)	2/2 (OPERATORI DIP. PREV.)	10
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.2	CONTROLLI CONGIUNTI AREA DELLA SICUREZZA ALIMENTARE	10/10	10/10	15
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.5	CONTROLLI UFFICIALI CON VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LE ATTIVITA' CON AUTODICHIARAZIONE SOGGETTE A PAGAMENTO TARIFFA AI SENSI DEL D. LGS 32/21	100%	100%	10
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.10	DETERMINAZIONE CONTAMINAZIONE DA SOSTANZE PFAS NELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO AL PUNTO DI CAPTAZIONE-SORGENTI	n. delle sorgenti campionate/n. di sorgenti programmate = 100%	n. delle sorgenti campionate/n. di sorgenti programmate = 100%	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	ACQUE POTABILI A USO UMANO (DECRETO DI RECEPIMENTO DIRETTIVA U.E. 2020/2184)	3 audit clinico organizzativi	3 audit clinico organizzativi	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 del Manuale della Qualità in funzione del nuovo AA	Revisione del Manuale della Qualità in funzione del nuovo AA	10
					100

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE DR. SIMONE DE PERSIS						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
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 2024 ≤ 15%	riduzione dei re-ricoveri dei pazienti con almeno un ricovero entro 30 gg rispetto all'anno 2024 ≤ 15%	15	REPORT SIS
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	N PTI/N PAZIENTI PRESI IN CARICO ≥ 90%	N PTI/N PAZIENTI PRESI IN CARICO ≥ 90%	15	REPORT DSM
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	Utilizzo delle linee guida ministeriali per la Definizione procedura Budget di Salute per utenti DSM	Elaborazione Budget di salute su utenti indicati dalla Regione Lazio	Elaborazione Budget di salute su utenti indicati dalla Regione Lazio	15	REPORT UOC RISK
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.4	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	15	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.	ATTIVITA' DI PREVENZIONE SALUTE MENTALE	Elaborazione progetto di prevenzione salute mentale	Elaborazione progetto di prevenzione salute mentale	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%	10	REPORT SIS
		RISPETTO OBIETTIVI ULJ.OO. DI Afferenza	100%	100%	20	
					100	

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA					
DOTT. SIMONE DE PERSIS					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10 REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA					
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE	rispetto obiettivi di competenza	rispetto obiettivi di competenza	10 REPORT DIP. PREV
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.3	ATTIVITA' DI PREVENZIONE NELLE SCUOLE (CEWNTRI INTEGRATI DI CONSULENZA ED EVENTI DI PREVENZIONE)	attività' in almeno il 70% delle scuole superiori della provincia con evento su gioco d'azzardo	attività' in almeno il 70% delle scuole superiori della provincia con evento su gioco d'azzardo	5
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	rispetto obiettivi di competenza come da indicazioni UOC Risk	rispetto obiettivi di competenza come da indicazioni UOC Risk	10 REPORT UOC RISK
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE DEL SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	riduzione accesso in PS di pazienti con patologia da dipendenza < 10%	riduzione accesso in PS di pazienti con patologia da dipendenza < 10%	15 CALCOLO SU C.F. ASSISTITI A CURA SIS
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	N PTI/N PAZIENTI PRESI IN CARICO ≥ 90%	applicazione percorso	15
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATICI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	15 REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	10 REPORT ECO-FIN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10 REPORT ECO - FIN
					100

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA					
DR.SSA ANNARITA TOMASSINI					
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10
B - APPROPRIATEZZA					
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.11	TASSO DI RE-RICOVERI ENTRO UN MESE	< 5% rispetto al 2024 solo per pazienti residenti	< 5% rispetto al 2024 solo per pazienti residenti	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.13	PAZIENTI PSICHIATRICI IN PS CHE RICHIEDONO DI UN PERIODO DI OSSERVAZIONE SUPERIORE ALLE 12 ORE	100% trasferiti in SPDC entro le 12h	100% trasferiti in SPDC entro le 12h	15
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	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
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	consulenza specialistica di PS effettuata entro i 60 minuti della richiesta = 80% dei casi identificati	consulenza specialistica di PS effettuata entro i 60 minuti della richiesta = 80% dei casi identificati	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	Condivisione del ricovero con i servizi territoriali sin dall'ingresso (invio scheda ricovero) e definizione del percorso successivo di presa in carico. - elaborazione progetto terapeutico riabilitativo individuale e integrato ≥ 90% dei pazienti presi in carico	applicazione percorso	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5
					100

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD CENTRO SALUTE MENTALE						
DR. SIMONE DE PERSIS						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAIPS
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	rispetto obiettivi di competenza come da indicazioni UOC Risk	rispetto obiettivi 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	evento formativo per attivazione di gruppi multifamiliari	evento formativo per attivazione family connection	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	n pt/n pazienti presi in carico ≥ 90%	applicazione percorso	20	
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 2024	mantenimento valori 2024	15	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.12	SPESA STRUTTURE CONVENZIONATE	riduzione rispetto al 2024	riduzione rispetto al 2024	10	REPORT ECO-FIN
					100	

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

		UOSD STRUTTURE RIABILITATIVE SALUTE MENTALE E REMS				
		DR.SSA DANIELA GIOIA				
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.6	REMS: OCCUPAZIONE A REGIME DI TUTTI I POSTI LETTO	≥ 90%	≥ 90%	15	REPORT SIS
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.	PERCORSI INDIVIDUALIZZATI DI INCLUSIONE		partenza delle attività vocazionali	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	Incontri trimestrali con CSM per aggiornamento trimestrale dei ptri/pti di tutti i pazienti internati in rems ≥ 90%	applicazione percorso	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 campagna = 100%	aggiornamento di tutti i movimenti in/out dell'utenza REMS con caricamento dei dati sullo smop campagna = 100%	10	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.	INTEGRAZIONE E SUPERVISIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE		6 riunioni interdisciplinari di equipe	10	
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	15	
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	

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC DISTRETTO 1 RIETI, ANTRODICO, S.ELPIDIO DOTT. ANTONIO BONCOMPAGNI									
OBIETTIVO GENERALE		N.	OBIETTIVO SPECIFICO		PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	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		n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nel tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nel tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% -<50% = 0% REPORT CUP		
	POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B2.5	COT - GESTIONE TRANSIZIONI coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare)		n. di transizioni (cambi di setting) gestiti dalla cot (almeno 300)	10			
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B2.3	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		Censimento progetti sociosanitari	Censimento progetti sociosanitari e classificazione dei bisogni con individuazione outcome dei progetti, invio relazione tenendo conto del PUA, della non autosufficienza e della disabilità.	5	PO Assistenti Sociali Consorti Sociali		
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B2.3	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA			Definizione documenti interni linee attività su gestione associazioni, assistenza sociale e gestione amministrativa	5			
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.5	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA - Gestione Organizzativa e Stratificazione e ridefinizione disease staging		Coordinamento organizzativo PDTA con incremento del 10% rispetto al 2024 dei pazienti presi in carico nel PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) e 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024	Coordinamento organizzativo PDTA con incremento del 10% rispetto al 2024 dei pazienti presi in carico nel PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) e 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024.	10	REPORT CUP		
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.9	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA		N. 4 l'anno	N. 4 l'anno	5	IN COLLABORAZIONE CON CUP E U.U.OO. OSPEDALIERE		
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.14	COT-Modello NUA nella ASL di Rieti 116117		Stesura modello organizzativo in collaborazione con URP, Distretto 2	Stesura modello organizzativo in collaborazione con URP, Distretto 2	5			
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI									
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE		≥90% per specialisti ambulatoriali e MMG	≥90% per specialisti ambulatoriali e MMG	10	Valutazione DGR 606/24 REPORT SIS		
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS		100%	100%	5	REPORT ECO-FIN		
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.3	INCONTRI TRIMESTRALI CON MMG/PLS IN RELAZIONE AI REPORT DI SPESA E APPROPRIATEZZA		Incontri con tutti gli altospendenti. Invio verbali di incontro e relazione finale annuale con evidenza altospendenti e trend di miglioramento a seguito di audit a CdG e DSA	Incontri con tutti gli altospendenti. Invio verbali di incontro e relazione finale annuale con evidenza altospendenti e trend di miglioramento a seguito di audit a CdG e DSA	10			
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.1	ATTUAZIONE ATTIVITA' DI COMPETENZA PER INTERVENTI PNRR - Case di Comunità		Rispetto Azioni di competenza	Rispetto Azioni di competenza (Case di Comunità). Documento organizzativo delle Case di Comunità con Matrice di responsabilità	20	REPORT UOC T.P. per azioni di competenza e Report Risk per documento organizzativo		
						100			

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE RESPONSABILE

29/11/24

+ ASX
ASX 111

29/11/24

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA DIREZIONE STRATEGICA

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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	20	REPORT UOC RISK
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.15	TASSO DI OCCUPAZIONE POSTO LETTO - POGGIO MIRTETO (EX ART. 26)	≥ 90%	≥ 90%	20	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.8	VERIFICA E CONTROLLO SOGGETTI EROGATORI PRIVATI E STRUTTURE SOCIOASSISTENZIALI	Report mensile controlli strutture socioassistenziali a DG, DA, DS e CdG	Report mensile controlli strutture socioassistenziali a DG, DA, DS e CdG	25	
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	

29/11/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

[Signature]

IL DIRETTORE/RESPONSABILE
[Signature]

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA						
DR. MICHELE CIRO TOTARO						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	20	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.2	AUMENTO DELLA COPERTURA DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE - FLUSSO SIAT	(PIC Valide Popolazione > 65 anni / Popolazione > 65 anni) > 6,92 %	(PIC Valide Popolazione > 65 anni / Popolazione > 65 anni) > 6,92 %	20	Valutazione come da DGR 606/2024 REPORT SIS
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.1	ADI - COPERTURA (PRESI IN CARICO) IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE.	Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (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 (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. LIVELLO I (CIA 1) ≥ 4,00 LIVELLO II (CIA 2) ≥ 2,50 LIVELLO III (CIA 3) ≥ 2,00 SU POPOLAZIONE	20	Valutazione come da DGR 606/2024 REPORT SIS
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.6	IMPLEMENTAZIONE TELECONSULTO/TELEMONITORAGGIO	Rilevazione trimestrale con criticita' da inviare al CdG e DSA	Rilevazione trimestrale con criticita' da inviare al CdG e DSA	20	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.4	CORRETTA REGISTRAZIONE ASSISTITI NEL FLUSSO SIAT	≥ 90% AD ECCEZIONE DEI CASI INALIENABILI	≥ 90% AD ECCEZIONE DEI CASI INALIENABILI	20	REPORT SIS
					100	

29/11/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

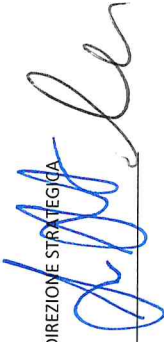
IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

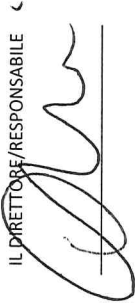
		UOSD MEDICINA PENITENZIARIA				
		DR. LIVIO BERNARDINI				
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.17	OFFERTA SCREENING COLON RETTO A TUTTA LA POPOLAZIONE TARGET DETENUTA (ETA' COMPRESA TRA 50 E 74 ANNI)	90% della popolazione target	90% della popolazione target	15	
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.6	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN TELEMEDICINA	Report trimestrale su pazienti presi in carico in telemedicina	Report trimestrale su pazienti presi in carico in telemedicina	15	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.3	ASSISTENZA SANITARIA AI DETENUTI: INCREMENTO DELLE ATTIVITA' RISPETTO AL 2022	Report semestrale di tutte le prestazioni interne ed esterne dall'istituto erogate alla popolazione ristretta e non prenotate al CUP	Report semestrale di tutte le prestazioni interne ed esterne dall'istituto erogate alla popolazione ristretta e non prenotate al CUP	15	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.7	PREDISPOSIZIONE PROCEDURA PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA DEL NUOVO GIUNTO IN ISTITUTO	Report semestrale	Report semestrale	20	
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 SCADENZE REGIONALI	D4.5	ATTIVITA' MEDICO LEGALE DI SUPPORTO ALLE ISTITUZIONI	≥50 pratiche medico legali	≥50 pratiche medico legali	20	
					100	

29/11/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

AREA MATERNO INFANTILE DR. VINCENZO SPINA					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
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 attività dello sportello antiviolenza. Report semestrale sui dati di attività	Gestione delle attività dello sportello antiviolenza. Report semestrale sui dati di attività	10
B - APPROPRIATEZZA					
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.4	PERCORSO NASCITA	Utenti presi in carico presso il consultorio con i corsi di preparazione al parto che proseguono nell'ambulatorio spazio madre/bimbo ≥ 50%	Utenti presi in carico presso il consultorio con i corsi di preparazione al parto che proseguono nell'ambulatorio spazio madre/bimbo ≥ 50%	15
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	Rispetto soglie Nazionali: - proporzione di parti con taglio cesareo primario ≤ 25 % - proporzione episiotomie in parti vaginali ≤ 20 % - proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo ≥ 11 % 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 % - proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo ≥ 11 % partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla dmo	20 REPORT SIS E DMO
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 REPORT UOC RISK
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.24	SCREENING DI PRIMO LIVELLO TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	Mantenimento degli standard definiti dal DCA	Mantenimento degli standard definiti dal DCA	15
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 REPORT SIS
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI Afferenza	100%	100%	30
					100

29/1/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC TUTELA DEL MATERNO INFANTILE						
DR. VINCENZO SPINA						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	NEGOZIATO 2025	NEGOZIATO 2025	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'	gestione delle attivita' dello sportello antiviolenza. report semestrale sui dati di attivita'	5	
MIGLIORAMENTO SICUREZZA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	5	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.16	NUMERO DI SOGGETTI ENTRO I 24 MESI DI VITA VACCINATI CON 3 DOSI COPERTURA VACCINALE PER ESAVALENTE	≥ 95%	≥ 95%	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	Rispetto degli indicatori di competenza	Rispetto degli indicatori di competenza	15	REPORT DIP. PREV
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.24	SCREENING DI PRIMO LIVELLO TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	Mantenimento degli standard definiti dal DCA	Mantenimento degli standard definiti dal DCA	15	
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	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.4	PERCORSO NASCITA	Utenti presi in carico presso il consultorio con i corsi di preparazione al parto che proseguono nell'ambulatorio spazio madre/bimbo ≥ 50%	Utenti presi in carico presso il consultorio con i corsi di preparazione al parto che proseguono nell'ambulatorio spazio madre/bimbo ≥ 50%	5	
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 Pediatrica e refertazione su Dedalus entro 48 ore (escluso fine settimana)	Richiesta consulenza su Dedalus a UOSD Pediatrica e refertazione su Dedalus entro 48 ore (escluso fine settimana)	10	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%	10	REPORT SIS
					100	

29/1/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI AREA

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC OSTETRICA E GINECOLOGIA						
DR. COSIMO OLIVA						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA	≥90%	≥90%	20	REPORT DMO e SIS
	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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.12	INDICE DI CASE MIX (COMPLESSITA DEL DRG)	≥1	≥1	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	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 %	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 %	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza del 30%	15	REPORT RISK E SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	15	Report 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
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

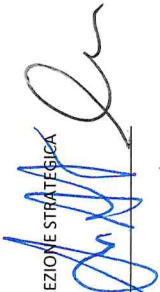
IL DIRETTORE DI AREA

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD NEONATOLOGIA E PEDIATRIA DR.SSA FRANCA FARAONI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.23	SCREENING NEONATALE	100% dei nati per visite di Il livello - uditivo	100% dei nati per visite di Il livello - uditivo	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.23	SCREENING NEONATALE	100% dei nati per visite di Il livello - visivo	100% dei nati per visite di Il livello - visivo	10	
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 dei bambini	Aumento 5% presa in carico dei bambini	10	
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. opportunità'=100%	n. osservazioni effettuate/n. opportunità'=100%	10	REPORT DAPS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15	REPORT RISK E 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
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

29/11/24

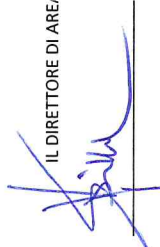
LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



IL DIRETTORE DI AREA



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE DR.SSA ALESSANDRA FERRETTI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	15
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15 Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0%
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	Supportare le UU.OO. chirurgiche per far sì che il rapporto tra il numero di ore di S.O. effettivamente utilizzate ed il totale delle ore di S.O. assegnate a ciascuna UU.OO. chirurgica si collochi al di sopra del 85%	Supportare le UU.OO. chirurgiche per far sì che il rapporto tra il numero di ore di S.O. effettivamente utilizzate ed il totale delle ore di S.O. assegnate a ciascuna UU.OO. chirurgica si collochi al di sopra del 85%	15 REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	Partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla DMO per il rispetto delle soglie nazionali per: - mortalita' a 30 gg per ima ≤ 7,7% - ima: proporzione di trattati con ptca entro 90 min ≥ 51,3% - mortalita' a 30 gg per scompenso cardiaco congestizio ≤ 11% - ictus ischemico mortalita' a 30 gg ≤ 11%	Partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla DMO per il rispetto delle soglie nazionali per: - mortalita' a 30 gg per ima ≤ 7,7% - ima: proporzione di trattati con ptca entro 90 min ≥ 51,3% - mortalita' a 30 gg per scompenso cardiaco congestizio ≤ 11% - ictus ischemico mortalita' a 30 gg ≤ 11%	15 Valutazione secondo soglie colore ragliunte REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che intercorrono 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 minuti	Tempi che intercorrono 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 minuti	20 VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≤ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.8	RETI TEMPO DIPENDENTI	Monitoraggio reti IMA, Ictus, Trauma con audit interni. 3 audit/anno coordinati da DMO da inviare a DSA e CdG	Monitoraggio reti IMA, Ictus, Trauma con audit interni. 3 audit/anno coordinati da DMO da inviare a DSA e CdG	10 REPORT SIS
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI AFFERENZA	100%	100%	10 PROPORZIONE RISPETTO ALLE UU.OO.
					100

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

ASL REGIO		UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE					
		DR.SSA ALESSANDRA FERRETTI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE	
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA							
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	5	REPORT DAPS	
B - APPROPRIATEZZA							
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.8	APPROPRIATEZZA IN ANTIBIOTICO TERAPIA	Rispetto tempi di durata della terapia	Rispetto tempi di durata della terapia	15	REPORT RISK	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	Supportare le UU.OO. chirurgiche per far sì che il rapporto tra il numero di ore di S.O. effettivamente utilizzate ed il totale delle ore di S.O. assegnate a ciascuna UU.OO. chirurgica si collochi al di sopra del 85%	Supportare le UU.OO. chirurgiche per far sì che il rapporto tra il numero di ore di S.O. effettivamente utilizzate ed il totale delle ore di S.O. assegnate a ciascuna UU.OO. chirurgica si collochi al di sopra del 85%	20	REPORT SIS	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.19	RICOVERI PROVENIETI DA PS: TEMPI RICOVERO DISPOSTO	≤ 12h	≤ 12h	20	REPORT SIS	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI							
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	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 2024	Mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN	
					100		

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC CARDIOLOGIA - UTIC					
DR. AMIR KOL					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	15
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% 10
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	GARANZIA DEI PERCORSI DI TUTELA (124/98 E TEMPI DI GARANZIA) ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	100% richieste pervenute dal governo liste di attesa	100% richieste pervenute dal governo liste di attesa	5 REPORT CUP
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	Rispetto delle soglie nazionali per: - mortalita' a 30 gg per ima ≤ 7,7% - ima: proporzione di trattati con ptca entro 90 min ≥ 51,3% - mortalita' a 30 gg per scompenso cardiaco congestizio ≤ 11%	Rispetto delle soglie nazionali per: - mortalita' a 30 gg per ima ≤ 7,7% - ima: proporzione di trattati con ptca entro 90 min ≥ 51,3% - mortalita' a 30 gg per scompenso cardiaco congestizio ≤ 11%	Valutazione secondo soglie colore raggiunte REPORT SIS 15
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che intercorrono 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 minuti	Tempi che intercorrono 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 minuti	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≤ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50% ≥ 1.440 minuti = 0% REPORT SIS 25
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.5	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA - Gestione Clinica	Coordinamento clinico PDTA scompenso cardiaco con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico, in collaborazione con UOC Medicina Interna	Coordinamento clinico PDTA scompenso cardiaco con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico, in collaborazione con UOC Medicina Interna	5 REPORT SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	5 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%	10 REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024 (proporzionale all'attività)	5 REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024 (proporzionale all'attività)	5 REPORT COAN
					100

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC NEUROLOGIA						
DR. STENO RINALDUZZI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA			n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	10	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT SIS
	GOVERNO MOBILITA'	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE - Ricoveri	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	15	REPORT SIS
	APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	OBIETTIVI PNE AREA NEUROLOGICA	Partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla DMO sul rispetto delle soglie nazionali per: - ictus ischemico mortalita' a 30 gg ≤ 11%	Rispetto delle soglie nazionali per: - ictus ischemico mortalita' a 30 gg ≤ 11%	10	Valutazione secondo soglie colore raggiunte REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che intercorrono 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 minuti	Tempi che intercorrono 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 minuti	20	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≤ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	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.	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza del 30%	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%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPOR COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPOR COAN
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

		UOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA ACCETTAZIONE				
DR. WALTER ROSCETTI						
OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	5	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBBIETTIVI PNE AREA CARDIOLOGICA, ORTOPEDICA E NEUROLOGICA	Rispetto soglie nazionali e partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla DMO	Rispetto soglie nazionali e partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla DMO	5	Valutazione secondo soglie colore raggiunte REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	CERTIFICAZIONE STANDARD 7101	Certificazione entro il 31.12.2025	Certificazione entro il 31.12.2025	10	REPORT RISK
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che interconno 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 minuti	Tempi che interconno 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 minuti	70	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi)= 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi)= 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

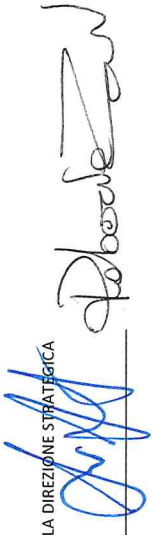
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

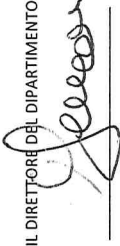
IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD TERAPIA DEL DOLORE DR. BRUNO COCCETTI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA				
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.5	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	≥90%	≥90%	15	REPORT SIS
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)	n. osservazioni effettuate/h. osservazioni disposte=100%	n. osservazioni effettuate/h. osservazioni disposte=100%	10	REPORT DAPS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	100% da attivazione piani di assistenza standardizzati	100% da attivazione piani di assistenza standardizzati	15	REPORT DAPS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA


IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO


IL DIRETTORE RESPONSABILE


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DR. LUIGI RAPARELLI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	20
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	20
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	Supportare le UU.OO. chirurgiche per far sì che il rapporto tra il numero di ore di S.O. effettivamente utilizzate ed il totale delle ore di S.O. assegnate a ciascuna UU.OO. chirurgica si collochi al di sopra del 85%	Supportare le UU.OO. chirurgiche per far sì che il rapporto tra il numero di ore di S.O. effettivamente utilizzate ed il totale delle ore di S.O. assegnate a ciascuna UU.OO. chirurgica si collochi al di sopra del 85%	5
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	Partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla dmo rispetto indicatori di pertinenza: - ricovero con degenza post operatoria < a 3 gg per ≤ 83% - colecistectomia laparoscopica - nuovi interventi di resezione entro 120 gg da chirurgia conservativa per tm mammella ≤ 5,60% - mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico tm colon ≤ 4,61 - intervento chirurgico entro 48h per frattura del collo del femore ≤ 50,16% - riammissione a 30 gg per intervento di protesi d'anca ≤ 3,55% - riammissione a 30gg per intervento di protesi ginocchio ≤ 1,33%	Partecipazione al 100% degli incontri organizzati dalla DMO e rispetto indicatori di pertinenza: - ricovero con degenza post operatoria < a 3 gg per ≤ 83% - colecistectomia laparoscopica - nuovi interventi di resezione entro 120 gg da chirurgia conservativa per tm mammella ≤ 5,60% - mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico tm colon ≤ 4,61 - intervento chirurgico entro 48h per frattura del collo del femore ≤ 50,16% - riammissione a 30 gg per intervento di protesi d'anca ≤ 3,55% - riammissione a 30gg per intervento di protesi ginocchio ≤ 1,33%	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.	Efficientamento percorso chirurgico - con risorse aggiuntive di personale Slot		Azzerramento code interventi chirurgici	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che interconcono 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 minuti	Tempi che interconcono 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 minuti	25
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI Afferenza	100%	100%	36
					10
					100
					336

11/12/2024

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA DIREZIONE STRATEGICA

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

 UOC CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA DR. LUIGI RAPARELLI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	15	Valutazione come da DRG 606/24 REPORT SIS
	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	Rispetto indicatori di pertinenza: - ricovero con degenza post operatoria < a 3 gg per ≤ 83% colecistectomia laparoscopica - nuovi interventi di resezione entro 120 gg da chirurgia conservativa per tm mammella ≤ 5,60% - mortalita' a 30 giorni per intervento chirurgico tm colon ≤ 4,61%	Rispetto indicatori di pertinenza: - ricovero con degenza post operatoria < a 3 gg per ≤ 83% colecistectomia laparoscopica - nuovi interventi di resezione entro 120 gg da chirurgia conservativa per tm mammella ≤ 5,60% - mortalita' a 30 giorni per intervento chirurgico tm colon ≤ 4,61%	10	REPORT SIS
	B6.10	GESTIONE SOVRAPPOLLAMENTO IN PS	Tempi che interconno 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 minuti	Tempi che interconno 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 minuti	10	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compres)= 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compres)= 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15	REPORT SIS
	B6.	Efficientamento percorso chirurgico - con risorse aggiuntive di personale Slot		Azzerramento code interventi chirurgici	10	REPORT SIS
	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE (condizionato slot libero)	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	15	REPORT SIS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
	D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (in proporzione all'attività)	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (in proporzione all'attività)	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC CHIRURGIA VASCOLARE						
DOTT. MASSIMO RUGGERI						
OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	15	Valutazione come da DRG 606/24 REPORT SIS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	GARANZIA DEI PERCORSI DI TUTELA (124/98 E TEMPI DI GARANZIA) ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	100% richieste pervenute dal governo liste di attesa	100% richieste pervenute dal governo liste di attesa	5	REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.19	RICOVERI PROVENIETI DA PS: TEMPI RICOVERO DISPOSTO	≤ 12h	≤ 12h	15	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.	Efficientamento percorso chirurgico - con risorse aggiuntive di personale Slot		Azzerramento code interventi chirurgici	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza del 30%	15	REPORT SIS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (proporzionale all'attività)	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (proporzionale all'attività)	5	REPORT COAN
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

11/12/2024

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

ASL 6511		UOC OFTALMOLOGIA			
		DR. FABIO FIORMONTE			
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	20
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.2	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	Rispetto indicatori previsti nella linee di indirizzo regionale secondo indicazioni UOC Farmacia ≥ 80% pazienti naive	Rispetto indicatori previsti nella linee di indirizzo regionale secondo indicazioni UOC Farmacia ≥ 80% pazienti naive affetti da DMLE	15
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	15
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 10%	15
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	20
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (in proporzione all'attività)	5
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (in proporzione all'attività)	10
					100

11/12/2024

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
DR. RICCARDO MEZZOPRETE						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	15	Valutazione come da DRG 606/24 REPORT SIS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	10	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85% Rispetto indicatori di pertinenza: -intervento chirurgico entro 48h per frattura del collo del femore ≤ 50,16% - riammissione a 30 gg per intervento di protesi d'anca ≤ 3,55% - riammissione a 30gg per intervento di protesi ginocchio ≤ 1,33%	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85% Rispetto indicatori di pertinenza: -intervento chirurgico entro 48h per frattura del collo del femore ≤ 50,16% - riammissione a 30 gg per intervento di protesi d'anca ≤ 3,55% - riammissione a 30gg per intervento di protesi ginocchio ≤ 1,33%	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA			10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.19	RICOVERI PROVENIENTI DA PS: TEMPI RICOVERO DISPOSTO	≤ 12h	≤ 12h	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza del 30%	15	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.	Efficientamento percorso chirurgico - con risorse aggiuntive di personale Slot		Azzeramento code interventi chirurgici	10	REPORT SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	15	REPORT SIS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	5	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

16.12.24

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

/IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA DIREZIONE STRATEGICA

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC OTORINOLARINGOIATRIA						
PROF. ANTONIO MINNI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA	≥90%	≥90%	15	REPORT DMO
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	ORE DI SALA OPERATORIE REGISTRATE/ORE ASSEGNATE ≥ 85%	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.	Efficientamento percorso chirurgico - con risorse aggiuntive di personale Slot		Azzeramento code interventi chirurgici	10	REPORT SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	15	REPORT SIS
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C3.8	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	5	REPORT SIS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (proporzionale all'attività)	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (proporzionale all'attività)	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC UROLOGIA		DR. MAURO CAPONERA				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.2	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 606/2024)	≥90%	≥90%	10	Valutazione come da DRG 606/24 REPORT SIS
	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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	10	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.7	SATURAZIONE SLOT SALA OPERATORIA: COMPLETAMENTO DEL TASSO DI OCCUPAZIONE DELLE SALE OPERATORIE RISPETTO ALL'ASSEGNAZIONE SETTIMANALE	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	ore di sala operatorie registrate/ore assegnate ≥ 85%	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.19	RICOVERI PROVENIETI DA PS: TEMPI RICOVERO DISPOSTO	≤ 12h	≤ 12h	15	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.	Efficientamento percorso chirurgico		Azzeramento code interventi chirurgici	10	REPORT SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	15	REPORT SIS
C - UTENZA E STAKEHOLDER						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
D - ECONOMICO FINANZIARIO						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI						
Referente Dott. Stefano Canitano						
OBIETTIVO GENERICO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.12	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% in collaborazione con UU.OO. coinvolte	% soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg ≥ 90% in collaborazione con UU.OO. coinvolte	15	Valutazione come da DRG 606/24
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	C3.3	RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO, CONGRUITA' E COMPLETEZZA DEL FILE F, FILE R, DM	12 trasmissioni con qualita' del dato 100% n. 2 report semestrali e complessivo annuale	12 trasmissioni con qualita' del dato 100% n. 2 report semestrali e complessivo annuale	15	Valutazione come da DGR 606/24
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.3	DGR 606/2024: FLUSSO INFORMATIVO CONTRATTI DI DISPOSITIVI MEDICI - PERCENTUALE DI COPERTURA CODICI DI REPERTORIO CONSUMATI/CONTRATTUALIZZATI	copertura ≥ 75%	copertura ≥ 75%	15	IN COLLABORAZIONE CON UOC ABS Valutazione come da DGR 606/24
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.4	DGR 606/2024: FLUSSO INFORMATIVO CONSUMO DI DISPOSITIVI MEDICI - PERCENTUALE DI COPERTURA RISPETTO AL MODELLO CE	copertura ≥ 80%	copertura ≥ 80%	15	Valutazione come da DGR 606/24
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI Afferenza	100%	100%	15	
					100	

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC ANALISI DI LABORATORIO						
DR. STEFANO VENARUBEA						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	15	REPORT URP
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	15	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	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)	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)	20	REPORT SIS
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	C3.12	PROGETTO DI TELEPATOLOGIA	REFERTAZIONE SU LIS DEI POCT OSPEDALIERI	REFERTAZIONE SU LIS DEI POCT OSPEDALIERI	15	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	15	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

ASL RIETI UOC ANATOMIA PATOLOGICA		DR. FABRIZIO LIBERATI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE	
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA							
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	15	REPORT DAPS	
B - APPROPRIATEZZA							
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.11	ESECUZIONE ESAMI SECONDO E TERZO LIVELLO A SEGUITO DI SCREENING PER IL TUMORE DEL COLON RETTO	100% e rispetto delle tempistiche di esecuzione	100% e rispetto delle tempistiche di esecuzione	15		
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.11	ESECUZIONE ESAMI SECONDO E TERZO LIVELLO A SEGUITO DI SCREENING PER IL TUMORE MAMMELLA	100% e rispetto delle tempistiche di esecuzione	100% e rispetto delle tempistiche di esecuzione	15		
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.11	ESECUZIONE ESAMI SECONDO E TERZO LIVELLO A SEGUITO DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	100% e rispetto delle tempistiche di esecuzione	100% e rispetto delle tempistiche di esecuzione	15		
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.18	RISPETTO TEMPI DI REFERTAZIONE TRA ACCETTAZIONE E REFERTO	< 5 giorni per urgenza Report Attività	< 5 giorni per urgenza Report Attività	10		
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.17	RIUNIONI PERIODICHE DEI DMT (DISEASE MANAGEMENT TEAM)			10		
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	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA							
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024 (a parità di linee di attività)	10	REPORT COAN	
					100		

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

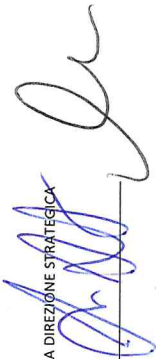
IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI						
DOTT.SSA EMMA GIORDANI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	Rispetto degli adempimenti di competenza	Rispetto degli adempimenti di competenza	5	REPORT UOC RISK
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.3	RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO, CONGRUITÀ E COMPLETEZZA DEL FILE F, FILE R, DM	12 trasmissioni con qualita' del dato 100% n. 2 report semestrali e complessivo annuale	12 trasmissioni con qualita' del dato 100% n. 2 report semestrali e complessivo annuale	15	Valutazione come da DGR 606/24
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
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	REPORT ECO-FIN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	C2.6	MONITORAGGIO CONTO VISIONE E CONTO DEPOSITO	Analisi congiunta con UOC ABS ed Eco-Fin al fine di evidenziare le criticità e condividere con la Direzione Aziendale proposte tese al rispetto di quanto acquistato in c/deposito e c/visione entro 30/6. Adozione azioni correttive individuate e riduzione acquisti in c/deposito e c/visione	Analisi congiunta con Direttore Anestesia e Rianimazione al fine di evidenziare le criticità e condividere con la Direzione Aziendale proposte tese al rispetto di quanto acquistato in c/deposito e c/visione entro 30/6. Adozione azioni correttive individuate e riduzione sfioramento acquisti in c/deposito e c/visione	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.2	AUDIT SEMESTRALE 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 e s.m.i. Invio alle UU.OO. dei report di spesa (e al CdG per conoscenza) e rispetto degli indicatori regionali in collaborazione con le diverse UU.OO. interessate.	Report mensili di spesa da inviare ai Direttori interessati (e al CdG per conoscenza) dalla Det. Reg. G05080 del 24/04/22 e s.m.i. e audit sul rispetto degli indicatori regionali.	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.6	MONITORAGGIO LIMITI DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Report mensili da inviare a Distretti e Direzione Aziendale (per conoscenza al CdG). Partecipazione agli Audit di Monitoraggi rispetto tetto di spesa farmaceutica convenzionata con MMG	Report mensili da inviare a Distretti (per conoscenza al CdG). Partecipazione agli Audit di Monitoraggi rispetto tetto di spesa farmaceutica convenzionata con MMG	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100% con segnalazione di eventuali scostamenti	100% con segnalazione di eventuali scostamenti	10	REPORT ECO-FIN
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.3	DGR 606/2024: FLUSSO INFORMATIVO CONTRATTI DI DISPOSITIVI MEDICI - PERCENTUALE DI COPERTURA CODICI DI REPERTORIO CONSUMATI/CONTRATTUALIZZATI	copertura ≥ 75%	copertura ≥ 75%	15	IN COLLABORAZIONE CON UOC ABS Valutazione come da DGR 606/24
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.4	DGR 606/2024: FLUSSO INFORMATIVO CONSUMO DI DISPOSITIVI MEDICI - PERCENTUALE DI COPERTURA RISPETTO AL MODELLO CE	copertura ≥ 80%	copertura ≥ 80%	15	Valutazione come da DGR 606/24
					100	

29/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DR. STEFANO CANITANO						
OBIETTIVO GENERICO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	20	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	GARANZIA DEI PERCORSI DI TUTELA (124/98 E TEMPI DI GARANZIA) ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	100%	100%	10	REPORT CUP
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.12	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% in collaborazione con UU.OO. coinvolte	% soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg ≥ 90% in collaborazione con UU.OO. coinvolte	20	Valutazione come da DRG 606/24
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.9	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	N. 4 l'anno	N. 4 l'anno	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Tempo dall'esecuzione alla refertazione entro 4h dalla richiesta	Tempo dall'esecuzione alla refertazione entro 1h	20	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%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento Valori 2024	Mantenimento Valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

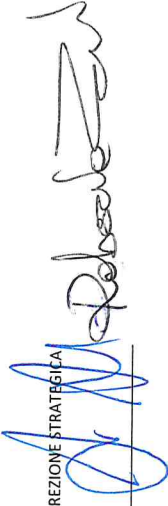
LA DIREZIONE STRATEGICA

A.S.L. Rieti
Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice
U.O. Diagnostica per Immagini
Direttore Dott. Stefano D'ANTANO

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC TELERADIOLOGICA						
PROF. VITO CANTISANI						
OBIETTIVO GENERICO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	20	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	GARANZIA DEI PERCORSI DI TUTELA (124/98 E TEMPI DI GARANZIA) ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	100%	100%	10	REPORT CUP
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.12	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% In collaborazione con UU.OO. coinvolte	% soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg ≥ 90% In collaborazione con UU.OO. coinvolte	20	Valutazione come da DRG 606/24
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.9	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	N. 4 l'anno	N. 4 l'anno	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Tempo dall'esecuzione alla refertazione entro 4h dalla richiesta	Tempo dall'esecuzione alla refertazione entro 1h	20	REPORT SIS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD DIAGNOSTICA TERRITORIALE DR. TOMMASO COSENTINI						
OBIETTIVO GENERICO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	25	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	GARANZIA DEI PERCORSI DI TUTELA (124/98 E TEMPI DI GARANZIA) ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	100%	100%	15	REPORT CUP
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.12	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% in collaborazione con uu.oo. coinvolte	% soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg ≥ 90% in collaborazione con uu.oo. coinvolte	20	Valutazione come da DRG 606/24
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.9	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	N. 4 l'anno	N. 4 l'anno	15	
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
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	Mantenimento valori 2024	Mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

14/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD MEDICINA TRASFUSIONALE DR. STEFANO VENARUBEA						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	10	REPORT URP
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 attività e critica	Monitoraggio progetto riorganizzazione Centro. Report semestrale attività e critica	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 %	15	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	Mantenimento del SGQ con aggiornamento delle procedure	Revisione procedura _____	Revisione procedura _____	15	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.4	Riunioni COBUS	Assicurare l'organizzazioni di almeno 2 riunioni anno	Assicurare l'organizzazioni di almeno 2 riunioni anno	10	REPORT UOC RISK
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO		REGOLAMENTO BUON USO DEL SANGUE	Monitoraggio regolamento buon uso del sangue ed invio reportistica semestrale.	Monitoraggio regolamento buon uso del sangue ed invio reportistica semestrale.	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 2024	Mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO DI MEDICINA DR. LUCA MORRICONI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
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 indicatori di competenza dell'area Medica secondo quanto indicato dal SIS (indicatori di esito)	20	Valutazione secondo soglie colori REPORT SIS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che intercorrono 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 minuti	Tempi che intercorrono 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 minuti	30	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi)= 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi)= 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva	15	REPORT SIS
		RISPETTO OBIETTIVI UO.OO. DI Afferenza	100%	100%	20	
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A VALENZA OSPEDALE TERRITORIO						
DOTT. VITTORIO MARCELLI						
OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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 (Classi U/D/P)	≥90%	≥90%	15	REPORT CUP
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.15	TASSO DI OCCUPAZIONE POSTO LETTO - POGGIO MIRTETO (EX ART. 26)	≥ 90%	≥ 90%	15	REPORT SIS
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%	15	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 FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	15	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC MEDICINA INTERNA						
DR. LUCA MORICONI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.7	DEGENZA MEDIA	riduzione degenza media di 1 gg rispetto a 2024	riduzione degenza media di 1 gg rispetto a 2024	5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che interconno 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 minuti	Tempi che interconno 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 minuti	40	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	10	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.5	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA - Gestione Clinica	Coordinamento clinico PDTA scopenso cardiaco con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico, in collaborazione con UOC Cardiologia	Coordinamento clinico PDTA scopenso cardiaco con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico, in collaborazione con UOC Cardiologia	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	15	REPORT SIS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

14/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

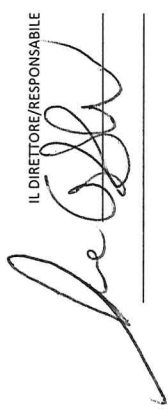
IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

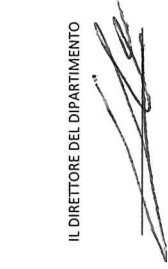
		UOC ONCOLOGIA MEDICA			
		DR. SSA ANNA CERIBELLI			
OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	REPORT URP
B - APPROPRIATEZZA					
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.7	DEGENZA MEDIA	≤ 7,5	≤ 7,5	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.2	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	rispetto indicatori previsti nella determinazione regionale g05080 del 24/04/2022 e s.m.i.	rispetto indicatori previsti nella determinazione regionale g05080 del 24/04/2022 e s.m.i.	REPORT FARMACIA
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.7	RETE ONCOLOGICA	attuazione piano operativo e invio report semestrale e annuale con attività intraprese	attuazione piano operativo e invio report semestrale e annuale con attività intraprese	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi)= 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi)= 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che interconcono 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 minuti	Tempi che interconcono 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 minuti	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	REPORT SIS
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	Recupero 10% mobilità passiva intraregionale	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%	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	REPORT COAN
				100%	

11/12/2024

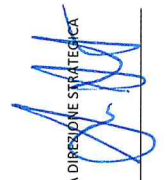
IL DIRETTORE/RESPONSABILE



IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO



DIREZIONE STRATEGICA



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC PNEUMOLOGIA						
DR. SSA DONATELLA MANCINI						
OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	5	REPORT DAPS
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 (priorità U/D/P)	≥90%	≥90%	15	REPORT CUP
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.9	RISPETTO INDICATORI PNE BPCCO	Rispetto indicatori PNE per: - mortalità a 30 gg bpco riacutizzata - riammissione ospedalliera a 30 gg bpco riacutizzata - ospedalizzazione per bpco	Rispetto indicatori PNE per: - mortalità a 30 gg bpco riacutizzata - riammissione ospedalliera a 30 gg bpco riacutizzata - ospedalizzazione per bpco	20	REPORT SIS
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.5	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA - Gestione Clinica	Coordinamento clinico PDTA BPCCO con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico	Coordinamento clinico PDTA BPCCO con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico da giugno 2024 e nuovi utenti presi in carico	25	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%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

ASL RIETI UOC RADIOTERAPIA DR. MARIO SANTARELLI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	15	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.17	RIUNIONI PERIODICHE DEI DMT (DISEASE MANAGEMENT TEAM)	REPORT ATTIVITA'	REPORT ATTIVITA'	20	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.10	Analisi FMECA per i trattamenti di radioterapia	analisi FMECA del processo radioterapico con indicazioni di azioni di miglioramento	analisi FMECA del processo radioterapico con indicazioni di azioni di miglioramento	15	REPORT 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%	25	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (proporzionale agli acceleratori)	15	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024 (proporzionale agli acceleratori)	mantenimento valori 2024 (proporzionale agli acceleratori)	10	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD DIABETOLOGIA					
DR. SSA ANNA RITA ALEANDRI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	10
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
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.8	RISPETTO INDICATORI PNE DIABETE	Rispetto indicatori PNE per: - almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete - almeno una misurazione di colesterolemia in un anno	Rispetto indicatori PNE per: - almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete - almeno una misurazione di colesterolemia in un anno	15
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO PS	Consulenze entro 60 minuti dalla richiesta. Almeno 70% casi identificati	Consulenze entro 60 minuti dalla richiesta. Almeno 70% casi identificati	15
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.5	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA - Gestione Clinica	Coordinamento clinico PDTA Diabete con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico	Coordinamento clinico PDTA Diabete con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico	20
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
D - ECONOMICO FINANZIARIO					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	manteninte valori 2024	manteninte valori 2024	10
					100

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

ASL PUGLIA		UOSD GASTROENTEROLOGIA				
		DR. MAURIZIO GIOVANNONE				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	ANALISI E GESTIONE RECLAMI	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	Riduzione del 50% rispetto al 2024 rispetto ad analisi di appropriatezza URP	5	REPORT URP
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	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0% REPORT CUP
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.8	GARANZIA DEI PERCORSI DI TUTELA (124/98 E TEMPI DI GARANZIA) ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	100% richieste pervenute dal governo liste di attesa	100% richieste pervenute dal governo liste di attesa	20	REPORT CUP
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.13	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% in collaborazione con le unita' operative coinvolte	% soggetti con approfondimento diagnostico entro 30gg ≥ 90% in collaborazione con le unita' operative coinvolte	20	Valutazione come da DRG 606/24
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.2	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	rispetto indicatori previsti nella determinazione regionale G05080 del 24/04/2022 e s.m.i.	rispetto indicatori previsti nella determinazione regionale G05080 del 24/04/2022 e s.m.i.	15	REPORT FARMACIA
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 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

16/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD HOSPICE E CURE SIMULTANEE A VALENZA OSPEDALE TERRITORIO DOTT.SSA ANNA CERIBELLI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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. opportunità =100%	n. osservazioni effettuate/n. opportunità =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 attivazione piani di assistenza standardizzati	100% da attivazione piani di assistenza standardizzati	15	REPORT DAPS
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.7	RETE CURE PALLIATIVE	attuazione piano operativo e invio report semestrale e annuale con attività intraprese	attuazione piano operativo e invio report semestrale e annuale con attività 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%	10	REPORT SIS
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	10	REPORT SIS
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD MALATTIE INFETTIVE						
DR. MAURO MARCHILI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	5	REPORT DAPS
B - APPROPRIATEZZA						
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 DMO	100% delle cartelle verificate a campione da DMO	15	REPORT DMO Valutato in proporzione
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
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	GESTIONE SOVRARAFFOLLAMENTO IN PS	Tempi che intercomono 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 minuti	Tempi che intercomono 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 minuti	15	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi)= 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi)= 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	Diminuzione ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza del 30%	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
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	5	REPORT COAN
					100	

22/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD NEFROLOGIA E DIALISI						
DR.SSA FIORELLA FARAGLIA						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	5	REPORT DAPS
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%	10	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. opportunità=100%	n. osservazioni effettuate/n. opportunità=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	DIMISSIONI 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 SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE AREA DI COMPETENZA	Rispetto indicatori PNE per: - mortalita' a 30 gg per insufficienza renale cronica	Rispetto indicatori PNE per: - mortalita' a 30 gg per insufficienza renale cronica	10	Valutazione rispetto a soglia colore 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
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (in relazione all'attività)	5	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024 (in relazione all'attività)	5	REPORT COAN

100

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD REUMATOLOGIA						
DR. PAOLO SCAPATO						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	media soddisfazione rilevata ≥ 4	media soddisfazione rilevata ≥ 4	10	REPORT DAPS
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%	20	REPORT CUP
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.5	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA - Gestione Clinica	Coordinamento clinico PDTA Reumatologia con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico	Coordinamento clinico PDTA Reumatologia con 100% aderenza al percorso dei pazienti presi in carico nel 2024 e nuovi utenti presi in carico	20	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.2	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	Rispetto indicatori previsti nella determinazione regionale G05080 del 24/04/2022	Rispetto indicatori previsti nella determinazione regionale G05080 del 24/04/2022	20	REPORT FARMACIA
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
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER FARMACI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER DISPOSITIVI	mantenimento valori 2024	mantenimento valori 2024	10	REPORT COAN
					100	

11/12/2024

A DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE DOTT.SSA AGNESE BARSACCHI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.13	ASSISTENTI SOCIALI: Estrazione, elaborazione e visualizzazione dati prestazionali/ socio sanitari integrati con consorsi sociali 2024 vs 2023	Predisposizione cruscotto	Predisposizione cruscotto	15
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.14	ASSISTENTI SOCIALI: Estrazione, elaborazione e visualizzazione dati prestazionali/ socio sanitari integrati con consorsi sociali 2024 vs 2023	Proposta di azioni in base outcome	Proposta di azioni in base outcome	10
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.15	FISIOTERAPISTI: Estrazione, elaborazione e visualizzazione dati prestazionali 2024 vs 2023	Predisposizione cruscotto	Predisposizione cruscotto	15
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.16	FISIOTERAPISTI: Estrazione, elaborazione e visualizzazione dati prestazionali 2024 vs 2023	Proposta di azioni in base outcome	Proposta di azioni in base outcome	10
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.17	TECNICI DELLA PREVENZIONE: Estrazione, elaborazione e visualizzazione dati prestazionali 2024 vs 2023	Predisposizione cruscotto	Predisposizione cruscotto	15
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.18	TECNICI DELLA PREVENZIONE: Estrazione, elaborazione e visualizzazione dati prestazionali 2024 vs 2023	Proposta di azioni in base outcome	Proposta di azioni in base outcome	10
		RISPETTO OBIETTIVI UUL.OO. AZIENDALI CON PERSONALE DI COMPETENZA	100%	100%	25
					100

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

 UOC ASSISTENZA ALLA PERSONA DOTT.SSA AGNESE BARSACCHI						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	REPORT AI DIRETTORI DI STRUTTURA	REPORT AI DIRETTORI DI STRUTTURA e Trimestrale per conoscenza a CdG	10	
B - APPROPRIATEZZA						
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.12	Reingegnerizzazione della COT con individuazione bisogni (procedura)		Analisi dei dati e valutazione dell'allineamento richieste sulla classificazione bisogni	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.13	Ridefinizione delle attività COT per prestazioni non urgenti (azioni di comunicazione all'utenza)		Revisione documento organizzativo entro il 30/06/2025 report attività 31/12/2025	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.14	Definizione delle attività della CDC per attività comparto (regolamento)		Realizzazione Documento organizzativo entro il 30/06/2025 report attività 31/12/2025	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.15	Definizione delle attività di ODC per attività comparto (regolamento)		Realizzazione Documento organizzativo	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.16	Revisione modello organizzativo lFeC (procedura)		Revisione documento organizzativo entro il 30/06/2025 report attività 31/12/2025	15	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.19	Definizione di un flusso informativo standardizzato per la comunicazione dei dati di transitional care	Predisposizione cruscotto	Predisposizione cruscotto	15	
					100	

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC DIREZIONE MEDICO OSPEDALIERA						
DR. MASSIMILIANO ANGELUCCI						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.4	Verifica liste attese delle UU.OO affinché la proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	Coordinamento delle UU.OO. Per la corretta gestione dell'indicatore: n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A ≥%	Coordinamento delle UU.OO. Per la corretta gestione dell'indicatore: n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A ≥%	20	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24 REPORT SIS
	B6.10	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	Coordinamento delle UU.OO per la corretta gestione del processo PS in modo che dall'accettazione al ricovero siano rispettati i tempi definiti nella DGR 197/23 e trasmissione report mensili alla Direzione strategica	Coordinamento delle UU.OO per la corretta gestione del processo PS in modo che dall'accettazione al ricovero siano rispettati i tempi definiti nella DGR 606/24 e trasmissione report mensili alla Direzione strategica	50	VALUTAZIONE COME DA DGR 606/24: ≥ 480 minuti = 100% tra 480 minuti e 720 minuti (compresi)= 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi)= 50% > 1.440 minuti = 0% REPORT SIS
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE - Area Ospedaliera		Miglioramento/Mantenimento delle classi colore indicatori PNE: invio verbali trimestrali su criticità a DSA e SIS	10	REPORT SIS
APPROPRIATEZZA GESTIONE AMMINISTRATIVA	B7.3	Rete offerta ospedaliera 2024-2026.		Proposta di programmazione e attivazione p.l. area rete ospedaliera.	10	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	5	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.11	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	ENTRO 60GG	ENTRO 60GG	5	
					100	

11/12/2024

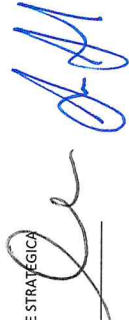
LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING						
DR.SSA ANTONELLA MORGANTE						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Invio report bimestrale su dati con analisi delle criticità a CdG e Direzione Aziendale	Elaborazione procedura dei controlli interni e Invio report trimestrale (parte di competenza) su dati con analisi delle criticità a CdG e Direzione Aziendale	15	In collaborazione con SIS e DMO
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.12	MAPPATURA RISCHIO CLINICO	Mappatura di almeno un processo significativo per Dipartimento	Mappatura Rischio Aziendale secondo i CdR Aziendali	20	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	PIANO DI MIGLIORAMENTO INDICATO DAI VALUTATORI DELLA REGIONE LAZIO	Elaborazione piano di miglioramento 30.03.2025 Implementazione piano di miglioramento entro i tempi stabiliti e relazione al CdG 31.12.2025	Elaborazione piano di miglioramento 30.03.2025 Implementazione piano di miglioramento entro i tempi stabiliti e relazione al CdG 31.12.2025	20	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.16	RETE AZIENDALE FACILITATORI RISCHIO CLINICO E QUALITÀ	Individuazione della rete aziendale dei facilitatori del rischio clinico e qualità entro il 30.04.2025 definizione di un percorso formativo 30.06.2025 formazione dei facilitatori aziendali 31.12.2025	Individuazione della rete aziendale dei facilitatori del rischio clinico e qualità entro il 30.04.2025 (aggiornamento atto deliberativo) Definizione di un percorso formativo 30.06.2025 (atto deliberativo) Formazione dei facilitatori aziendali 31.12.2025 (100% dei facilitatori individuati)	20	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.16	IMPLEMENTAZIONE QUALITA'		Revisione procedura gestione documenti entro marzo 2025. Organizzazione di almeno 4 eventi formativi.	10	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.16	RETE AZIENDALE FACILITATORI RISCHIO CLINICO E QUALITÀ	Accreditamento mappatura sul campo per CdR (Dipartimento di Emergenza, Chirurgico e Medico) Report semestrale.	Accreditamento mappatura sul campo per CdR (Dipartimento di Emergenza, Chirurgico e Medico) Report semestrale.	10	
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.11	PDTA E CASE DI COMUNITA'	Supporto ai Distretti per la revisione dei PDTA e per la redazione delle procedure delle Case di Comunità	Supporto ai Distretti per la revisione dei PDTA e per la redazione delle procedure delle Case di Comunità	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA



IL DIRETTORE/RESPONSABILE



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD ACCESSIBILITA' DELL'OFFERTA E ALPI						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - PROCESSI INTERNI						
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	invio report trimestrali alle uu.oo. aziendali e per conoscenza al CdG	invio report trimestrali alle uu.oo. aziendali e per conoscenza al CdG	10	
	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	Coordinamento delle UU.OO. Per la corretta gestione dell'indicatore: n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B ≥ 90 %	Coordinamento delle UU.OO. Per la corretta gestione dell'indicatore: n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° visite specialistiche e prestazioni strumentali per Classe B ≥ 90 %	15	Valutazione come da DRG 606/24: ≥ 90 % = 100% tra 75% (compreso) e 90% = 75% tra 50% (compreso) e 75% = 50% <50% = 0%
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.1	ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA	proposta di progetti per prestazioni con tempi di attesa critici	proposta di progetti per prestazioni con tempi di attesa critici	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.9	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	n. 4 l'anno in collaborazione con uo ospedaliere e distretti	n. 4 l'anno in collaborazione con uo ospedaliere e distretti	10	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.1	AGENDE DEDICATE PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI INTERNI	supporto alle uu.oo. per la creazione di agende dedicate. invio report attivita'	supporto alle uu.oo. per la creazione di agende dedicate. invio report attivita'	10	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.11	RIMODULAZIONE OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	PROGETTO ABBATTIMENTO/RIMODULAZIONE SAI	PROGETTO ABBATTIMENTO/RIMODULAZIONE SAI	15	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.2	RIMODULAZIONE OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE OFFERTA ESTERNA (percorsi di tutela) ED INTERNA (percorsi interni)	Elaborazione in base alla domanda dell'offerta con proposta di riallocazione delle risorse.	Elaborazione in base alla domanda dell'offerta con proposta di riallocazione delle risorse.	15	In collaborazione con UOC SSO
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla uoc pari a 80 ore per il personale del ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla uoc pari a 80 ore per il personale del ruolo amministrativo	10	Report UOC Personale
					100	

29/11/24

[Signature]

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

[Signature]
LA DIREZIONE STRATEGICA

[Signature]
LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

MEDICI COMPETENTI					
DR. FRANCESCO DE GIORGIO/DR.SSA BARBARA SED					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	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 15° di ogni mese con idoneità =100% (del personale che si presenta a visita)	% lavoratori dipendenti e assimilati in servizio al 15° di ogni mese con idoneità =100% (del personale che si presenta a visita)	20
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.9	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	Chiusura cartelle sanitarie e di rischio entro 45 giorni dall'apertura	Chiusura cartelle sanitarie e di rischio entro 45 giorni dall'apertura	20
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.9	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	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	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	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	B1.13	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	Applicazione procedura procedura per la programmazione e gestione della sorveglianza sanitaria: n. operatori gestiti secondo procedura/n. operatori visitati ≥90%	Applicazione procedura procedura per la programmazione e gestione della sorveglianza sanitaria: n. operatori gestiti secondo procedura/n. operatori visitati ≥90%	15
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATICI	C2.3	SISTEMA GESTIONE SICUREZZA SUL LAVORO	Supporto al RSPP implementazione sistema informatico per attività di competenza	Supporto al RSPP implementazione sistema informatico per attività di competenza	15
					100

LA DIREZIONE STRATEGICA

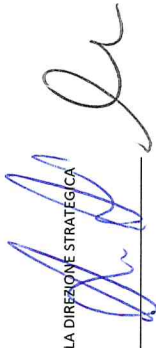
[Signature]

I MEDICI COMPETENTI

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

MEDICO AUTORIZZATO							
DR. FRANCESCO DE GIORGIO							
OBIETTIVO GENERALE		N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA							
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.12	VISITE MEDICHE LGS 101/ E S.M.I.	% lavoratori dipendenti e assimilati in servizio al 15° di ogni mese con idoneità =100% (del personale che si presenta a visita)	% lavoratori dipendenti e assimilati in servizio al 15° di ogni mese con idoneità =100% (del personale che si presenta a visita)	25		
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.9	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	Chiusura cartelle sanitarie e di rischio entro 45 giorni dall'apertura	Chiusura cartelle sanitarie e di rischio entro 45 giorni dall'apertura	25		
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.9	GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	Invio ai dirigenti entro il 15 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	Invio ai dirigenti entro il 15 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	20		PERIODO ESTIVO ENTRO IL 15 DEL MESE
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	definizione slot per i dipendenti da sottoporre a visita specialistica sulla base di protocolli di sorveglianza sanitaria e degli esami integrativi	20		
B - APPROPRIATEZZA							
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI							
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATICI	C2.3	SISTEMA GESTIONE SICUREZZA SUL LAVORO	Supporto al RSPP implementazione sistema informatico per attività di competenza	Supporto al RSPP implementazione sistema informatico per attività di competenza	10		
						100	

LA DIREZIONE STRATEGICA



IL MEDICO AUTORIZZATO



SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE						
DOTT.SSA ANTONELLA MARTINI						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	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	10	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.3	INFORTUNI	Redazione e trasmissione alla Direzione Aziendale del report infortuni con indagine statistica	Redazione e trasmissione alla Direzione Aziendale del report infortuni con indagine statistica	10	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.4	DVR UUOO ASL	Aggiornamento di almeno 10 DVR	Aggiornamento di almeno 10 DVR	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. Effettuazione n. 10 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	10	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.13	GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO	Supporto ad AGL collegato a gestione archivi critici n. verbali di sopralluogo inviati ad AGL e Dirigenti Delegati	supporto ad AGL collegato a gestione archivi critici n. report inviati	15	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.14	AGGIORNAMENTO PROCEDURE	Procedura SGSL redazione procedura	Procedura SGSL redazione procedura	10	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATICI	C2.2	SISTEMA GESTIONE SICUREZZA SUL LAVORO	Implementazione sistema informatico	Implementazione sistema informatico	15	
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	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 30 ore per il personale del ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 50 ore per il personale del ruolo amministrativo	10	Report UO Personale
					100	

29/11/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD SVILUPPO COMPETENZE E FORMAZIONE						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI E DI RICERCA	A5.1	PROGETTI FORMATIVI	Elaborazione e monitoraggio Piano Formativo Aziendale. Invio Report semestrale su corsi effettuati/corsi programmati a CdG	Elaborazione e monitoraggio Piano Formativo Aziendale. Invio Report semestrale su corsi effettuati/corsi programmati a CdG	10	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	100% formazione da attivare. invio relazione per singolo obiettivo e attivita' con azioni espletate a CdG	100% formazione da attivare. invio relazione per singolo obiettivo e attivita' con azioni espletate a CdG	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 30 ore per il personale del ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 30 ore per il personale del ruolo amministrativo	15	Report UO Personale
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D2.3	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	ENTRO 60GG	ENTRO 60GG	15	
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	15	
					100	

27/01/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

AREA INNOVAZIONE E SVILUPPO DOTT.SSA ANTONELLA ROSSETTI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	% RICETTE DEMATERIALIZZATE E CARTACEE	Monitoraggio invio 4 report distinto per UU.OO. e relativi professionisti di afferenza	Monitoraggio invio 4 report distinto per UU.OO. e relativi professionisti di afferenza	15	
		D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA				
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	VERIFICA RISPETTO DA PARTE DELLE UU.OO. DELLA LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100% della liquidazione delle fatture delle UU.OO. entro 3 settimane	100% della liquidazione delle fatture delle UU.OO. entro 3 settimane	15	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.13	PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE	Redazione Piano entro il 31 gennaio	Redazione Piano entro il 31 gennaio	15	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI			Adozione e trasmissione alla Regione Lazio della delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale. Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget.	Adozione e trasmissione alla Regione Lazio della delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale. Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget.	15	
	D4.9	DETERMINAZIONE BUDGET E SOTTOSCRIZIONE ACCORDO/CONTRATTO EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II				
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Monitoraggio rispetto ore di straordinario attribuite alle UU.OO. di afferenza	Monitoraggio rispetto ore di straordinario attribuite alle UU.OO. di afferenza	10	
		RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI AFFERENZA	100%	100%	30	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

27/11/24

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD SISTEMI INFORMATIVI SANITARI, STATISTICA E AUDIT CLINICO DR. GIACINTO DI GIANFILIPPO					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.22	REPORTISTICA DISTINTA PER UU.OO. SU DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	N. 4 report con indicatori performance organizzativa di competenza distinto per UU.OO.	N. 4 report con indicatori performance organizzativa di competenza distinto per UU.OO. da inviare a CdG	15
	B6.6	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	Invio report bimestrale su dati con analisi delle criticità a CdG e Direzione Aziendale	Invio report trimestrali su dati con analisi delle criticità a CdG e Direzione Aziendale	15
GOVERNO MOBILITA'	B8.1	RECUPERO MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	Invio report bimestrale su dati con analisi delle criticità a CdG e Direzione Aziendale	Invio report bimestrale su dati con analisi delle criticità a CdG e Direzione Aziendale	10
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.1	OBIETTIVI PNE		Supporto a UU.OO. per rispetto delle classi colore indicatori PNE. Invio verbali trimestrali su criticità a DSA e SIS	10
APPROPRIATEZZA GESTIONE AMMINISTRATIVA	B7.3	Rete offerta ospedaliera 2024-2026.		Proposta di programmazione e attivazione p.i. area rete ospedaliera.	10
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C2.1	BIHEALTH: SISTEMA DI BUSINESS INTELLIGENCE	Monitoraggio, aggiornamento e verifica qualità dei flussi mensilmente sulla piattaforma BIHealth.	Relazione dei flussi produttivi e di costo su BIHealth e attivazione di audit online in tempo reale.	5
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.1	% RICETTE DEMATERIALIZZATE E CARTACEE	n. 4 report distinto per UU.UU. e relativi professionisti di afferenza da inviare a CdG entro il 15 del mese successivo al chiusura del trimestre	n. 4 report distinto per UU.UU. e relativi professionisti di afferenza da inviare a CdG entro il 15 del mese successivo al chiusura del trimestre	15
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZINE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla uoc pari a 100 ore per il personale del ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 100 ore per il personale del ruolo amministrativo	5
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.6	OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	Invio mensile al CdG e alla Direzione Aziendale degli indicatori sanitari di cui alla DGR 606/2024 al fine del monitoraggio sull'andamento degli stessi	Invio mensile al CdG e alla Direzione Aziendale degli indicatori sanitari di cui alla DGR 606/2024 al fine del monitoraggio sull'andamento degli stessi	15
					100

11/12/2024

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DI AREA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC SVILUPPO STRATEGICO E ORGANIZZATIVO DOTT. PATRIZIO ANIBALDI						
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	10	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.3	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	ENTRO 60GG	ENTRO 60GG	10	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.9	DETERMINAZIONE BUDGET E SOTTOSCRIZIONE ACCORDO/CONTRATTO EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II	Adozione e trasmissione alla Regione Lazio della delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale. Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget.	Adozione e trasmissione alla Regione Lazio della delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale. Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget.	20	Valutazione come da DGR 606/2024
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.13	PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE	Predisposizione atto finale entro il 31 gennaio. Predisposizione relazione sulla performance da sottoporre a validazione OIV	Predisposizione atto finale entro il 31 gennaio. Predisposizione relazione sulla performance da sottoporre a validazione OIV	15	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.14	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Predisposizione, avvio, monitoraggio e rendicontazione performance organizzativa	Predisposizione, avvio, monitoraggio e rendicontazione performance organizzativa	10	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.15	PERFORMANCE INDIVIDUALE	Supporto alle UU.OO. avvio, monitoraggio e chiusura performance individuale	Supporto alle UU.OO. avvio, monitoraggio e chiusura performance individuale	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 30 ore per il personale del ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 30 ore per il personale del ruolo amministrativo	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.16	GESTIONE PROGETTI DI PIANO E PROGETTI AZIENDALI ASSEGNATI ALL' SSO	Monitoraggio semestrale progetti con attivita' svolte, soggetti reclutati in libera professione e scadenze. Per i progetti di Piano sei mesi prima della scadenza dei progetti effettuazione attivita' propedeutica con fabbisogni	Monitoraggio semestrale progetti con attivita' svolte, soggetti reclutati in libera professione e scadenze. Per i progetti di Piano sei mesi prima della scadenza dei progetti effettuazione attivita' propedeutica con fabbisogni.	10	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DI AREA

27/11/24

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DOTT.SSA ORNELLA SERVA						
ASL Rieti	OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
	MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.8	VALUTAZIONE ALFA VALUE	Incontri con i Direttori delle UU.OO. per condividere i criteri e le modalità di valutazione. 2 incontri	Incontri con i Direttori delle UU.OO. per condividere i criteri e le modalità di valutazione. 2 incontri	15
	MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO		PROCEDURE UU.OO. DI AFFERENZA	Monitoraggio procedure e regolamenti di afferenza al Dipartimento. Relazione annuale a CdG	Monitoraggio procedure e regolamenti di afferenza al Dipartimento. Relazione annuale a CdG	20
			D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA			
	RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZINE STRAORDINARIO	Individuazione budget straordinario per ogni struttura amministrativa. Report ad inizio anno con consuntivo 2024 e assegnato 2025 e successivi report semestrali con utilizzo straordinario diviso per Centro di Negoziazione	Individuazione budget straordinario per ogni struttura amministrativa. Report ad inizio anno con consuntivo 2024 e assegnato 2025 e successivi report semestrali con utilizzo straordinario diviso per Centro di Negoziazione	15
	RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.4	OBT DGR 606/2024	% rispetto obiettivi amministrativi di cui alla DGR 606/2024 assegnati alle diverse UU.OO. Del Dipartimento	% rispetto obiettivi amministrativi di cui alla DGR 606/2024 assegnati alle diverse UU.OO. Del Dipartimento	20
			RISPETTO OBIETTIVI UU.OO. DI AFFERENZA	≥ 90%	≥ 90%	30
						100

27/11/24

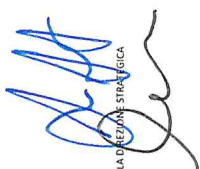
LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE
Ornella Serva

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD AFFARI GENERALI E LEGALI DOTT. SSA ALESSANDRA FALCETTI						
OBBIETTIVO GENERALE	N.	OBBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Monitoraggio procedura. Report semestrale a CdG con attività esperte sia dalla UOSD che dalle diverse UU.OO. Aziendali interessate.	Monitoraggio procedura. Report semestrale a CdG con attività esperte sia dalla UOSD che dalle diverse UU.OO. Aziendali interessate.	15	
APPROPRIATEZZA GESTIONE AMMINISTRATIVA	B7.1	GESTIONE CONVENZIONI, CONTRATTI, PROTOCOLLI D'INTESA	Numeratore: N. atti predisposti in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa Denominatore: N. richieste in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa pervenute dalla Direzione Strategica Fattore di scala: **100	Numeratore: N. atti predisposti in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa Denominatore: N. richieste in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa pervenute dalla Direzione Strategica Fattore di scala: **100	15	
APPROPRIATEZZA GESTIONE AMMINISTRATIVA	B7.2	CONTENZIOSO GIUDIZIARIO	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso la corretta istruttoria di tutte le richieste pervenute all'Azienda. N. istruttorie complete/n. Istruttorie ricevute = 100%	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso la corretta istruttoria di tutte le richieste pervenute all'Azienda. N. istruttorie complete/n. istruttorie ricevute = 100%	10	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	10	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.3	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	ENTRO 60GG	ENTRO 60GG	10	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.5	MONITORAGGIO ISTANZE RISARCITORIE PER UU.OO.	Report trimestrale istanze risarcitorie suddiviso per UU.OO. Con indicazione dello stato del procedimento, indicazione adempimenti richiesti alla UU.OO e relative relazioni prodotte	Report trimestrale istanze risarcitorie suddiviso per UU.OO. Con indicazione dello stato del procedimento, indicazione adempimenti richiesti alla UU.OO e relative relazioni prodotte	10	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.6	GESTIONE DEL PATRIMONIO E MONITORAGGIO FITTI PASSIVI	liquidazione dei fitti passivi entro i termini di pagamento stabiliti nei contratti. N pagamenti entro i termini = 100%	liquidazione dei fitti passivi entro i termini di pagamento stabiliti nei contratti. N pagamenti entro i termini = 100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 40 ore ruolo amministrativo e tecnico	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 40 ore ruolo amministrativo e tecnico	10	Report UO Personale
					100	

27/11/24



LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO



IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

		UOSD INGEGNERIA CLINICA				
		ING. DANIELE DELLA VEDOVA				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	5	REPORT AGL
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
AMMODERNAMENTO E IMPLEMENTAZIONE PARCO TECNOLOGICO	C1.2	AGGIORNAMENTO CON DISMISSIONI E NUOVE ACQUISIZIONI DELLE APPARECCHIATURE SUDDIVISO PER UU.OO., COLLOCAZIONE, VETUSTA', LIVELLO DI MANUTENZIONE E NUMERO INVENTARIO	Report quadrimestrale da inviare a CdG ed Eco-Fin	Report quadrimestrale da inviare a CdG ed Eco-Fin	15	
MONITORAGGIO PROCESSI AMMESSI A FINANZIAMENTO	C4.5	DGR 606/2024: MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DEL PNRR E PNC - M6 C2 1.3.1	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	15	Valutazione come da DGR 606/24
MONITORAGGIO PROCESSI AMMESSI A FINANZIAMENTO	C4.6	DGR 606/2024: 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 di competenza richiesti	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	15	Valutazione come da DGR 606/24
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.11	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Entro 60GG	Entro 60GG	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 30 ore ruolo amministrativo e tecnico	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 30 ore ruolo amministrativo e tecnico	10	Report Uo Personale
					100	

27/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOSD SISTEMA INFORMATICO E TELEMEDICINA						
ING. DANIELE DELLA VEDOVA						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	10	REPORT AGL
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
MONITORAGGIO PROCESSI AMMESSI A FINANZIAMENTO	C4.5	DGR 606/2024: MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DEL PNRR E PNC - M6 C2 1.3.1	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	15	Valutazione come da DGR 606/24
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.10	MIGRAZIONE AL CLOUD	Rispetto cronoprogramma previsto dall'avviso multimisura PNRR missione 1 componente 1 investimento 1.1 e 1.2	Rispetto cronoprogramma previsto dall'avviso multimisura PNRR missione 1 componente 1 investimento 1.1 e 1.2	15	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.11	MONITORAGGIO RICEZIONE NOTE DI CREDITO RICHIESTE IN FASE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Entro 60GG	Entro 60GG	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 100 ore per il ruolo tecnico e 50 ore per il ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOSD pari a 100 ore per il ruolo tecnico e 50 ore per il ruolo amministrativo	15	Report UO Personale
					100	

27/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC ACQUISIZIONE E LOGISTICA BENI E SERVIZI DOTT.SSA ROBERTA TEODORI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	10	REPORT AGL
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.10	TOTALE CONSUMI/CDC SPECIFICO. ALIMENTAZIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA ATTRAVERSO L'ATTRIBUZIONE DEI COSTI AI CDC SPECIFICI.	100% per lavanolo, mensa, vigilanza e pulizie	100% per lavanolo, mensa, vigilanza e pulizie	15	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	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 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	15	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.8	FLUSSO INFORMATIVO DI CONTRATTI DI DISPOSITIVI MEDICI	Percentuale di copertura di codici di repertorio consumati/contrattualizzati ≥ 75%	Percentuale di copertura di codici di repertorio consumati/contrattualizzati ≥ 75%	20	Valutato come da DGR 606/2024
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla uoc pari a 270 ore ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla uoc pari a 270 ore ruolo amministrativo	10	Report UO Personale
					100	

27/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC ECONOMICO FINANZIARIO DOTT.SSA ANTONELLA ROSSETTI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.21	Procedura operativa per la gestione della riscossione delle tariffe di gestione BDN	Predisposizione di una procedura operativa per la gestione della riscossione delle tariffe di gestione BDN con UOSD Anagrafe zootecnica	Verifica ed integrazione per quanto di competenza di una procedura operativa per la gestione della riscossione delle tariffe di gestione BDN con UOSD Anagrafe zootecnica	10
	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	5
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE		C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI			
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.11	COERENZA DEL PIANO DEI CENTRI DI RESPONSABILITÀ E DI COSTO CON LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	100% Delibera nuovo Piano a seguito di approvazione AA da parte della R.L.	100% Delibera nuovo Piano a seguito di approvazione AA da parte della R.L.	10
		D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA			
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.1	PAGAMENTO ENTRO 30 GG DALLA LIQUIDAZIONE	100%	100%	10
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.4	TEMPI DI PAGAMENTO	Rispetto dell'indicatore regionale sul ritardo annuale di pagamento	Rispetto dell'indicatore regionale sul ritardo annuale di pagamento	10
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.4	MONITORAGGIO TRIMESTRALE DELLA SPESA RISPETTO AL CONCORDATO	n. 4 report e adozione di eventuali correttivi tesi al rispetto del budget concordato	n. 4 report e adozione di eventuali correttivi tesi al rispetto del budget concordato	10
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.7	ATTUALIZZAZIONE DEL DEBITO/CREDITO SCADUTO	% rapporto tra debiti e crediti ultraquinquennali	% rapporto tra debiti e crediti ultraquinquennali	15
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.5	GESTIONE DELLA PIATTAFORMA PER IL MONITORAGGIO DEI CREDITI COMMERCIALI	Corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC	Corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC	10
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.7	REPORT OGNI 15 GG DELLE FATTURE BLOCCATE PER RICHIESTA NOTA DI CREDITO ALLE UOOS INTERESSATE	100%	100%	5
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.13	PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE	Rispetto delle scadenze dettate dalla Uoc SSO per l'invio della documentazione di competenza	Rispetto delle scadenze dettate dalla Uoc SSO per l'invio della documentazione di competenza	10
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 50 ore ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 50 ore ruolo amministrativo	5
					100

27/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC POLITICHE DEL PERSONALE DOTT.SSA ORNELLA SERVA						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO	NOTE
A -						
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.	PROGRESSIONI ECONOMICHE ORIZZONTALI	Conclusione processo entro il 31/12 con attribuzione PEO al personale	Conclusione processo entro il 31/12 con attribuzione PEO al personale	10	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.	COLLEGI TECNICI	Predisposizione delibera di indizione collegio tecnico alla maturazione del diritto da parte del professionista.	Predisposizione delibera di indizione collegio tecnico entro 6 mesi dalla maturazione del diritto da parte del professionista.	10	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella Procedura aziendale	5	REPORT AGL
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.10	TOTALE CONSUMI/CDC SPECIFICO. ALIMENTAZIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA ATTRAVERSO L'ATTRIBUZIONE DEI COSTI AI CDC SPECIFICI.	Attribuzione 100% CdC professionisti in libera professione	Attribuzione 100% CdC professionisti con incarichi libero professionisti	5	Report Co.An.
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	100%	100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	15	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 350 ore ruolo amministrativo	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 650 ore ruolo amministrativo	10	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.15	VALUTAZIONE INDIVIDUALE	Supporto alle UU.OO. avvio, monitoraggio e chiusura valutazione individuale	Supporto alle UU.OO. avvio, monitoraggio e chiusura valutazione individuale	10	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.1	ATTUAZIONE ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE	Supporto alla Direzione Aziendale per le attività propedeutiche all'attuazione dell'Atto Aziendale (pesatura incarichi, individuazione valore punto)	Supporto alla Direzione Aziendale per le attività propedeutiche all'attuazione dell'Atto Aziendale (pesatura incarichi, individuazione valore punto)	15	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.13	PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE	Rispetto delle scadenze dettate dalla UOC SSO per l'invio della documentazione di competenza	Rispetto delle scadenze dettate dalla UOC SSO per l'invio della documentazione di competenza	10	
					100	

27/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Ornella Serva

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

Ornella Serva

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2025

UOC TECNICO PATRIMONIALE ING. DANIELE DELLA VEDOVA					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2025	NEGOZIATO 2025	PESO
B - APPROPRIATEZZA					
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.10	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	10
	B3.31	GESTIONE DEGLI ARCHIVI E SCARTO DEI DOCUMENTI	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	Rispetto indicazioni contenute nella procedura aziendale	5
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI					
MONITORAGGIO PROCESSI AMMESSI A FINANZIAMENTO	C4.5	DGR 606/2024: MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DEL PNRR E PNC - M6 C2 1.3.1	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	15
MONITORAGGIO PROCESSI AMMESSI A FINANZIAMENTO	C4.6	DGR 606/2024: 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 di competenza richiesti	Rispetto del 100% delle tempistiche ed adempimenti di competenza richiesti	15
MONITORAGGIO PROCESSI AMMESSI A FINANZIAMENTO	C4.4	REGISTRAZIONE NEL GESTIONALE AMMINISTRATIVO CONTABILE DEGLI INTERVENTI (C/ESERCIZIO) 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 ECO-FIN	n. 4 report trimestrali invio rendicontazione a CDG e a UOC ECO-FIN	10
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN AREAS	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 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.14	LIQUIDAZIONE STRAORDINARIO	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 350 ore ruolo amministrativo e tecnico	Rispetto ore di straordinario attribuite alla UOC pari a 350 ore ruolo amministrativo e tecnico	10
					100

27/11/24

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE RESPONSABILE