

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: Ciclo di gestione della performance (processo di budget) anno 2022. Negoziazione degli obiettivi di budget per l'anno 2022. Presa d'atto del Direttore Generale.

Esercizio _____ Conto _____

Centro di Costo _____

Sottoconto n° _____

Budget:

- Assegnato € _____

- Utilizzato € _____

- Presente Atto € _____

- Residuo € _____

Ovvero schema allegato

Scostamento Budget NO SI

Il Direttore della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale

Data.....

**Struttura proponente
 UOC Programmazione e Controllo**

_____ Estensore

Data _____ Firma _____

Responsabile del Procedimento Angela Maria Salvatori

Data _____ Firma _____

Il Direttore della UOC Angela Maria Salvatori

Data _____ Firma _____

Proposta n° _____ del _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Data _____

IL DIRETTORE SANITARIO
 Patrizia Magrini

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Data _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Alberto Fiore

Gli estremi della registrazione e della data di pubblicazione sono riportati nell'ultimo foglio allegato alla presente delibera.

Il Direttore della UOC Programmazione e Controllo

VISTO il d.lgs n.502 del 30/12/1992, e s.m.i.;

il d.lgs n. 150 del 27/10/2009 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e s.m.i., che all’art. 10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentanza della performance aziendale, stabilisce l’adozione, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, di un documento programmatico triennale denominato “Piano della Performance” e di un documento “Relazione sulla Performance” da adottare a consuntivo rispetto all’anno precedente con l’indicazione di eventuali scostamenti e/o aggiornamenti;

il d.lgs n. 74 del 25/05/2017 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124/2015”.

la legge R.L. n. 1 del 16/03/2011, art. 10, comma 1, lett. a;

l’Atto Aziendale dell’Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata approvato con DCA n. U00117/2019 e DCA n. U00276/2019 e s.m.i.;

il regolamento del Ciclo della Performance adottato con delibera n. 101/DG del 31/01/2019 e s.m.i.;

la delibera n. 46/DG del 31/01/2022 di avvio del ciclo della performance 2022 e di definizione in via preliminare, nelle more dell’adozione del PIAO, delle aree e degli obiettivi strategici per l’anno in corso (albero della performance) con contestuale individuazione dei Centri di Responsabilità (CdR) e attivazione della fase preparatoria di individuazione degli obiettivi operativi aziendali

Il PIAO costituito da:

- il Piano formativo 2022 con delibera n. 207/DG del 09/03/2022
- il Piano delle azioni positive con delibera n. 480/DG del 18/05/2022
- il PTPCT 2022 – 2024 con delibera n. 611/DG del 29/04/2022;
- il Piano triennale del fabbisogno del personale 2021 – 2023 con delibera n. 456/DG del 17/05/2022
- il POLA adottato con delibera n. 100/DGff del 02/02/2021 (rett. Delibera n. 111/DGff del 05/02/2021)
- Piano triennale della Performance 2022 – 2024 adottato con delibera n. 713 del 29/07/2022;

PREMESSO che nel mese di gennaio 2022 sono stati individuati preliminarmente i Centri di responsabilità (CdR), secondo l’organigramma definito dall’Atto Aziendale approvato con DCA n. U00117/2019 e DCA n. U00276/2019 e s.m.i., ed individuati le aree e gli obiettivi strategici per l’anno 2022;

che nel mese di aprile 2022, a conclusione dell’assegnazione degli incarichi dell’area delle professioni sanitarie, nelle more dell’approvazione del PIAO prevista per il 30 aprile 2022 e successivamente ulteriormente prorogata al 30

giugno 2022, coerentemente con il regolamento del Ciclo di Gestione della Performance, si è proceduto con l'avvio della negoziazione di budget anno 2022;

che la Direzione Strategica, stante l'approvazione del nuovo atto aziendale con delibera n. 654/DG del 15/11/2021 in attesa dell'approvazione regionale, ha ritenuto, onde evitare l'eccessivo allungamento delle tempistiche di assegnazione degli obiettivi, di procedere, intanto, con la negoziazione degli obiettivi di budget direttamente con i CdR di I e II livello corrispondenti alle UUOO di cui all' Atto aziendale approvato con DCA n. U00117/2019 e DCA n. U00276/2019 e s.m.i., di cui alla delibera n. 46/2022, fatta salva l'integrazione della negoziazione al livello superiore ad avvenuta attivazione del nuovo atto aziendale summenzionato;

che nel corso della negoziazione de quo, sono stati assegnati obiettivi coerenti con gli obiettivi individuati nei piani summenzionati in cui si articola il PIAO 2022 - 2024, ed è, inoltre, emersa la necessità di modificare parzialmente l'albero della performance, approvato con la delibera n. 46/2022;

che delle risultanze della negoziazione sono stati redatti verbali;

che le negoziazioni si sono concluse nel mese di luglio 2022;

che la Direzione Strategica ha analizzato le proposte di modifiche presentate dai CdR accogliendo quelle ritenute in linea con gli obiettivi aziendali;

che, in considerazione del dilatarsi delle tempistiche di approvazione regionale del nuovo atto aziendale, la Direzione Strategica ha ritenuto, per il 2022, di considerare di I livello la negoziazione intervenuta direttamente con le UUUO sanitarie;

che le schede così come definite saranno oggetto di verifica ed eventuale rimodulazione sulla base dei risultati al I semestre 2022, alla luce degli effetti del perdurare della pandemia, degli obiettivi annuali del Direttore Generale e di eventuali indicazioni regionali intervenute in corso d'anno e per esigenze di armonizzazione con il Bilancio preventivo annuale;

che la fase negoziale si è conclusa mediante il consolidamento di n. 67 schede di I livello, inclusa la scheda del Dipartimento delle Professioni Sanitarie;

ATTESO che la fase negoziale e di consolidamento delle schede di budget con l'assegnazione degli obiettivi organizzativi è avvenuta nel rispetto delle procedure previste nel Regolamento del Ciclo della Performance;

VISTI l'elenco dei CdR che hanno negoziato il budget per l'anno 2022 contenuto nel Piano Triennale della Performance 2022 - 2024;

le copie in forma aggregata per CdR delle schede di budget, che allegate alla presente ne costituiscono parte integrante e sostanziale, i cui originali sono conservati agli atti della UOC Programmazione e Controllo;

RITENUTO pertanto conclusa la fase di negoziazione con il consolidamento delle schede;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi

dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

ATTESTATO in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

Per i motivi in narrativa esposti che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

a decorrere dall'approvazione del presente atto

di prendere atto della accettazione di n. 67 schede di budget per l'anno 2022 da parte dei Direttori / Responsabili dei CdR di I livello, che allegate al presente provvedimento in forma aggregata, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

le schede così come definite saranno oggetto di verifica ed eventuale rimodulazione sulla base dei risultati al I semestre 2022, alla luce degli effetti del perdurare della pandemia, degli obiettivi annuali del Direttore Generale e di eventuali indicazioni regionali intervenute in corso d'anno e per esigenze di armonizzazione con il Bilancio preventivo annuale;

Il Direttore della UOC
Angela Maria Salvatori

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il D.L.vo 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

IN VIRTU' dei poteri conferiti con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00025 del 25 febbraio 2021;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposto.

La UOC Affari Generali e gestione amministrativa ALPI curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

La UOC Programmazione e Controllo curerà tutti gli adempimenti previsti dalla normativa sulla Trasparenza e dal regolamento aziendale del Ciclo della Performance.

La presente deliberazione è composta da n. 5 pagine, compreso il frontespizio, di n.1 foglio di registrazione e pubblicazione, nonché di n. 1 allegato così composto:

Allegato 1 di n. 46 fogli

**Il Direttore Generale
Tiziana Frittelli**

DIPARTIMENTO U.O.	obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Descrizione	Indicatore	Fonte Dati	Risultato Atteso	Peso Obiettivo	Nota
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area critica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG in MU	SIS	2022- 0,91 (anno 2021)	5	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	proporzione di IMASTEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	A) l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero di PTCA entro 90' dall'accesso su pz ricoverati IMASTEMI Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di IMASTEMI B) 200< n. complessivo PTCA Anno < 400	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se tutti e due gli indicatori sono soddisfatti Indicatore A ≥ 60% Indicatore B 200< PTCA anno <400 l'obiettivo si considera raggiunto al 50% in caso di soddisfazione dell'indicatore A	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa e arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni Obiettivo condiviso con la UOC di Cardiologia
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	proporzione di ricoveri per frattura del collo femore con intervento chirurgico entro 2 gg su pz > 65 anni attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo femore in cui il pz sia stato operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di ricovero e di accesso PS della struttura di ricovero ≤ 2 gg) Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura collo femore	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto se l'indicatore ≥ 60%	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni Obiettivo condiviso con UOC Ortopedia UOC Cardiologia e UOC Anestesia Operatoria
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	contribuire all'appropriatezza dei ricoveri delle UO di degenza evitando ricoveri inappropriati da PS Appropriatezza ricoveri e riduzione ricoveri abbattuti da PS presso UO di ricovero con miglioramento del bed management	indicatore delle singole UO di degenza dell'ospedale "Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriata e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata"	SIS	<83766 tot. dimessi anno 2021 = 849	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON LE UO DI DEGENZA DELL'OSPEDALE X I RICOVERI DA PS
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.8 - Bed Management e sovrappollamento PS	Bed Management e sovrappollamento PS dimissioni facilitate da PS del paziente all'AMBULATORIO SPECIALISTICO PRIORITARIO PER DIMESSI DA PS Maxillo, Plastico, Neurochirurgico, Ortopedico, ORL, Urologico, Chirurgico, Neurologico, Oculistico, Pediatrico. - in collaborazione con UOSD Gestione Operativa e le singole UO coinvolte, attivare da maggio posti visita prioritari per pazienti dimessi da PS, tali da garantire accesso ambulatoriale entro 5 gg da quello di PS. - La ricetta dematerializzata viene prodotta dal medico MUPS e lo sportello presso il PS S Giovanni consente la prenotazione prima di lasciare l'ospedale dopo l'accesso di PS (in orario notturno e festivo, con sportello CUP chiuso, MUPS invia @ a UOSD Gestione Operativa la ricetta dematerializzata con recapito pz e il back office dell'UOSD Gestione Operativa comunica al paziente l'appuntamento al mattino successivo)	- attivare il percorso per tutte le specialità che possono occorrere per dimettere da PS pazienti con ricoveri evitabili entro il 31 maggio 22, in collaborazione con UOSD Gestione Operativa - assicurare dal 1 giugno la ricetta dematerializzata e l'invio dei pazienti allo sportello CUP presso PS S.Giovanni nelle ore feriali diurne e l'invio @ della ricetta con recapito del paziente al back office CUP nelle ore notturne/festive per fissare l'appuntamento al mattino successivo - assicurare la corretta calibratura nel tempo delle visite da dedicare allo scopo secondo media accessi x specialità di questa tipologia da PS per la valutazione mensile di eventuali aggiustamenti necessari alle agende, gestite da UOSD Gestione Operativa	SIAS	SI	10	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOSD Gestione Operativa e UO coinvolte per ambulatori prioritari x PS di Maxillo, Plastico, Neurochirurgico, Ortopedico, ORL, Urologico, Chirurgico, Neurologico, Oculistico, Pediatrico, (sostituisce la precedente organizzazione dell'ambulatorio detto post-DEA con utilizzo di un numero telefonico dedicato, che si può dismettere dal 1 giugno)
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.5 - dimissioni facilitate per paziente geriatrico verso Ambulatorio/DH geriatrico	codificare una procedura di invio del paziente geriatrico che può evitare il ricovero da PS verso DH/Ambulatorio in collaborazione con l'UOC di Geriatria	SINO - procedura redatta e pubblicata sul sito entro 31/8 e operatività dal 3 quadrimestre dell'anno	RIOD Qualità per pubblicazione e SIS	SI	5	obiettivo condiviso con UOC Geriatria
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente in PS o ricoverato in MU, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stessovigliare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa ai parenti in attesa durante il percorso di PS + garantire colloqui dei medici con i congiunti dei ricoverati in MU con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.2 - gestione codici bianchi	rispetto procedura da parte di tutti i medici del PS relativa al ticket previsto per codici bianchi definizione di una procedura di organizzazione gestione e controllo per l'esazione delle tariffe per codici bianchi	procedura ratificata e pubblicata entro fine maggio e avvio operatività dal 2 semestre 22	pubblicazione sul sito istituzionale della procedura redatta e ratificata - riscossione/richesta ticket per tutti i codici bianchi occorsi dall'avvio operatività, verificato da Bilancio/UOSD Gestione Operativa	SI entro luglio 2022 procedura e avvio dal 1 settembre operatività	10	Obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e ICT
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021 135%
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<6% (anno 2021)	5	

UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.2 - Evitare il Blocco ambulanze in PS	porre in essere tutte le azioni necessarie ad evitare il Blocco (dal reperimento barelle alle altre azioni di Bed management, in collaborazione con la DMPO e la RIOD di Bed management- condividere il report blocco ambulanze con SIS	Nessuna segnalazione di Blocco da ARES 118 e Regione Lazio	SIS	0 giornate con blocco >45 nel 2° semestre equivale al 100% obiettivo; >30% di giornate con Blocco equivale non raggiungimento obiettivo	10	Obiettivo condiviso con DMPO e DAI (RIOD Bed management)
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.1 - Ottimizzazione dei processi PS	tempi di permanenza in PS	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA (escluso OBI) inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi	SIS	> 92,0%	5	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.1 - Ottimizzazione dei processi PS	tempi di permanenza in PS	Numero di accessi con esito ricovero/trasferimento con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 24 ore sul totale degli accessi	SIS	> 80,0%	5	
UOC MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.1 - Ottimizzazione dei processi PS	tempi di permanenza in PS	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore (escluso OBI) sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento	SIS	< 10%	5	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione dei case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022- 1,57 (anno 2021)	12	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 120 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	SIS	<2021: 7/611 tot. dimessi anno 2021 = 618	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	3	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoveri da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim&Holding, - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H24	- utilizzo in continuo dei ppli assegnati presso il reparto predimissione - dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissione dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi (dopo fine pl Covid)	10	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al curante/attivare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	

UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite e all'ingresso del paziente stesso/ vigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore Infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	12	2021 75%
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	< 6% (anno 2021)	5	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare meeting interni all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), e con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 80% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	59 gg A FAR DATA DALLA CHIUSURA PL COVID DMT best performance 9,21 (anno 2020)	15	degenza media trimmata
UOC MEDICINA INTERNA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022> 1,13 (anno 2021)	12	
UOC MEDICINA INTERNA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021)/ n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC MEDICINA INTERNA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	SIS	<2021: 4462 tot. dimessi anno 2021 = 466	5	OBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOC MEDICINA INTERNA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	3	
UOC MEDICINA INTERNA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoveri da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim&Holding, - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H25	- utilizzo in continuo dei ppli assegnati presso il reparto di predimissione - dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissioni dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi	5	

UOC MEDICINA INTERNA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al curante/attivare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale e esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOC MEDICINA INTERNA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021 68%
UOC MEDICINA INTERNA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	< 6,38% (anno 2021)	10	
UOC MEDICINA INTERNA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA INTERNA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare meeting interni all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), e con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA INTERNA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC MEDICINA INTERNA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC MEDICINA INTERNA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC MEDICINA INTERNA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	≤ 99 gg da maggio DMT best performance 9,95 (anno 2020)	12	degenza media trimmata
UOC MEDICINA INTERNA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC MEDICINA INTERNA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/svigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente e decorre da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URSP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	

UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022- 1,47 (anno 2019)	10	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2- riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% - indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	SIS	-2021: 6/362 tot. dimessi anno 2021 = 368	5	OBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	3	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoveri da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim&Holding, - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H25	- utilizzo in continuo dei ppli assegnati presso il reparto predimissione - dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissione dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi	5	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento GUP fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al curante/attivare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/vigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale di farmaci finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget farmaci assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 4,8 mln euro	8	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.3 - appropriatezza utilizzo farmaci	Rispetto delle indicazioni regionali (Determinazione n. G05080 del 28/04/2022) nell'utilizzo dei seguenti farmaci nei pazienti naive	inibitori delle Interleukine : indicatore percentuale di pazienti naive avviati al trattamento inibitori delle JAK: indicatore percentuale di pazienti naive avviati al trattamento	UOC Farmacia	inibitori delle Interleukine : % di pazienti naive avviati al trattamento < 10% inibitori delle JAK: % di pazienti naive avviati al trattamento < 2%	5	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70% (escluso file F)	5	2021 76%
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi/vita e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	< 72,55% (anno 2021)	6	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare meeting interni all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), e con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	

UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		4	
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS		+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS		≤9 gg da maggio DMT best performance 11,40 (anno 2021)	10	degenza media trimmata
UOC MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che s'è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT		>95%	5	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS		2022> 1,3 (anno 2021)	14	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione incremento PAC	SIS		realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ±20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	SIS		<2021: 18.862 totale dimessi 2021 = 800	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS		Minore del 10% vs 2021	3	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoverati da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim/holding, - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H25	- utilizzo in continuo dei ppli assegnati presso il reparto predimissione - dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS		- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissioni dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi	5	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/verificate da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettata da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - USP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione		>95%	5	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione non cessari e indicati nella nota di dimissione al curante/testimoniare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2		nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU		≤70%	10	2021 35%
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi/vita e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo		< 4,13% (anno 2021)	10	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare meeting interni all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), e con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		4	
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMET ABOLICO	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa

UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMETABOLICO	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMETABOLICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	MANTENIMENTO >9 gg DMT best performance 7,82 (anno 2020)	10	degenza media trimmata
UOSD MEDICINA AD INDIRIZZO DISMETABOLICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che a in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOS; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOS nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOS e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC GERIATRIA	1.1 - Volumi e Riquilibratura Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022> 1,12 (anno 2021)	10	
UOC GERIATRIA	1.1 - Volumi e Riquilibratura Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% - indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC GERIATRIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriata	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriata e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata	SIS	<2021: 39.722 totale dimessi 2021 = 755	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOC GERIATRIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	5	
UOC GERIATRIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoveri da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim&Holding, - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H25	- utilizzo in continuo dei ppl assegnati presso il reparto predimissione - dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissioni dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi	5	
UOC GERIATRIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.5 - dimissioni facilitate per paziente geriatrico verso Ambulatorio/DH geriatrico	codificare una procedura di invio del paziente geriatrico che può evitare il ricovero da PS verso DH/Ambulatorio in collaborazione con l'UOC di Geriatria	S/NO - procedura redatta e pubblicata sul sito entro 31/8 operatività dal 3 quadrimestre dell'anno	RIOD Qualità per pubblicazione e SIS	SI	5	obiettivo condiviso con UOC MUPS
UOC GERIATRIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP, fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al curante/attivare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOC GERIATRIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente eless/visitare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	S/NO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC GERIATRIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021 38%
UOC GERIATRIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi/ri e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	< 4,85% (anno 2021)	10	
UOC GERIATRIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	S/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC GERIATRIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare meeting interni all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), e con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	S/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC GERIATRIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	S/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC GERIATRIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	9	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC GERIATRIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC GERIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	MANTENIMENTO >9 gg DMT best performance 8,05 (anno 2020)	8	degenza media trimmata
UOC GERIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che a in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOS; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOS nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOS e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.1 - Volumi e Riquilibratura Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,52 (anno 2021)	10	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.1 - Volumi e Riquilibratura Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% - indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	

UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practises anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 5,57% (anno 2021)	3	sinergie con l'ufficio comunicazione, che condivide l'obiettivo, comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza a ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	SIS	<2021: 5/479 totale dimessi 2021 = 484 (Covid incluso)	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	3	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoveri da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim&Holding - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H25	- utilizzo in continuo dei ppti assegnati presso il reparto predimissione - dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissioni dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi	5	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al curante/attivare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale e esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/svigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	4	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021 91%
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi/tra il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<10,41% (anno 2021)	7	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare meeting interni all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), e con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Ambulatoriale	Implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	59 gg - da chiusura reparto COVID DMT best performance 11,6 (anno 2020)	10	degenza media trismata
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero). Garantire entro mattinata spirometrie a preH ove richieste	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UO; n. consulenze/spirometrie a pz in preH garantite il giorno richiesto entro mattino	Monitoraggio trimestrale inviato a UO; UO e DSAC a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	DRG DH 2022 >0,87 (anno 2019)	10	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	attivazione percorso ambulatoriale di presa in carico della DONNA IN MENOPAUSA descrizione del percorso entro il 31 luglio 22 attivazione del percorso dal 4 trimestre 22	- descrizione del percorso entro il 31 luglio 22 - attivazione del percorso dal 4 trimestre 22	SIAS e gestione Operativa	percorso ratificato e attivato dal 4 trim 22	5	condiviso con UOC Ginecologia e UOSD Gestione Operativa
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	attivazione PAC Osteoporosi predisporre quanto necessario, in collaborazione con UOSD Gestione Operativa e attivare il PAC	SINO - attivazione del PAC dal 1 giugno 2022	SIAS	PAC attivato dal 1 giugno 2022	5	condiviso con UOSD Gestione Operativa
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	10	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021: 466 %

UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (renumerazione per attività di ricovero e ambulatoriali, sia elettiva che d'urgenza), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<12,19% (anno 2021)	10	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	7	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/ot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.17 - garantire efficienza, sicurezza e sostenibilità al percorso aziendale chirurgico	attivare, in collaborazione con UOSD Gestione Operativa e le UUOO chirurgiche coinvolte, un percorso ambulatoriale specifico per pazienti che hanno necessità di stabilizzare/equlibrare patologie diabetologiche/ endocrinologiche in vista di un intervento chirurgico programmato, nell'ambito del PERCORSO AMBULATORIALE DI PERICOVERO CHIRURGICO, avendo disponibilità per visite dedicate della specialità di Diabetologia ed Endocrinologia, antecedenti all'accesso di preH (in caso di mancata necessità le visite saranno, con meccanismo di liberabilità, erogate come 1 visita CUP)	SINO - attivazione del percorso di pre-ricovero diabetologico ed endocrinologico entro il 31 maggio 22, a avvio del percorso dal 1 giugno	SIAS e RIOD Percorso Chirurgico	SI	10	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e RIOD Percorso Chirurgico
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato) + fast track per PS di Diabetologia ed Endocrinologia	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero). Condivisione con UOC MUPS della tipologia di pazienti e FAST TRACK Diabetologia ed Endocrinologia x PS	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021)/ n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% - indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	DRG DH 2022 >0,69 (anno 2021)	10	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.6 - promuovere e indirizzare la qualificazione del supporto nutrizionale artificiale	promuovere e indirizzare la qualificazione del supporto nutrizionale artificiale presso le UUOO di ricovero ospedaliero, con beneficio per la sicurezza delle cure e la riduzione delle complicanze e delle infezioni connesse alla nutrizione artificiale - redigere in un gruppo di lavoro in cui siano presenti anestesisti, infermisti, gastroenterologi, farmacisti, chirurghi e professioni sanitarie un protocollo di nutrizione artificiale che preveda, sulla base dei dati di letteratura e LG, indicazioni, iter diagnostico-terapeutiche in cui sia previsto il supporto di nutrizione artificiale, i criteri di scelta tra enterale e parenterale, il monitoraggio, lo shift tra l'una e l'altra nutrizione nel tempo e in revisione della dimissione e passaggio al territorio, la dignosica e terapie delle complicanze di tale supporto, i rapporti tra COO e COT di residenza del pz che passa da ospedale e territorio etc - illustrare il protocollo ratificato alle UUOO in progetto formativo specifico - monitorarne l'applicazione con laura di relativi indicatori di corretta adesione al protocollo, in particolare con obiettivo di implementare il ricorso e la % di pazienti trattati in enterale rispetto a parenterale rispettivamente in area critica, chirurgica e medica 3 trimestre 2022 vs 3 trim 2021	- protocollo redatto entro il 30 giugno - formazione a UUOO di ricovero entro il 31 luglio - applicazione dal 1 settembre - monitoraggio degli indicatori di corretta applicazione nel 3 trimestre - > aumento percentuale pz trattati in enterale vs parenterale 3 trim22 vs 3 trim21 (su totale dei paz in nutrizione artificiale nel periodo del 5% in area intensiva, del 10% in area chirurgica, del 20% in area medica N gg degenza con nutrizione artificiale	- RIOD qualità per ratifica protocollo entro scadenza - UOSD Formazione per corso entro scadenza - monitoraggio da UOSD rischio clinico nel 3 trimestre	rispetto scadenze e % fissate di raggiungimento	15	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	Minore del 10% vs 2021	10	inappropriatezza DH chiedere a Trifan
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.2 - qualificare il comfort alberghiero dei degeni attivando la scelta personalizzata del menu prevista dal servizio appaltato in essere	portare a concreta realizzazione entro il 1 giugno la previsione del servizio appaltato, applicato sperimentatamente in 1 UO di degenza medica e 1 chirurgica entro il 3 trimestre e applicarlo in tutte le degenze dal 1 ottobre, in collaborazione con UOC Provveditorato	progetto attivato entro il 1 giugno, applicato in 2 UO dal 1 giugno, applicato in tutte le degenze dal 1 ottobre	DMPO		9	obiettivo condiviso con UOC Provveditorato e ICT
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.3 - formazione continua sulla nutrizione e relativo tracciamento nella SDO	organizzare un corso di formazione diretto a gruppi di UUOO analoghe sulla identificazione, diagnosi e terapia della condizione di malnutrizione, con relativa modalità di tracciamento in cartella della diagnostica e terapia di questa condizione e sua valorizzazione nella SDO - il corso viene svolto entro il 1 semestre dell'anno. Nel secondo semestre, con controlli a campione, in collaborazione con SIS, sul tracciamento in cartella e SDO di casi di malnutrizione diagnostici/trattati	corsi formazione e verifica su cartelle cliniche/SDO	Formazione per corso Rischio clinico e DMPO per controlli a campione	Produzione del corso relativo alla malnutrizione entro il primo semestre. Verifica su cartelle a campione e SDO dell'applicazione presso tutte le UUOO di degenza entro la fine del secondo semestre	15	obiettivo condiviso con SIS

UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	7	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	Implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	4	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E TEAM NUTRIZIONALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOC ANGIOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	DRG DH 2022 > 1,27 (anno 2020)	10	
UOC ANGIOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento APA/PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA/PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% = indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOC ANGIOLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021 149%
UOC ANGIOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<12% (anno 2021)	10	
UOC ANGIOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ANGIOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ANGIOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC ANGIOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC ANGIOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	Implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	10	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC ANGIOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato) + fast track per PS di Angiologia	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero). Condivisione con UOC MUPS della tipologia di pazienti e FAST TRACK Angiologia x PS	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT Monitoraggio da MUPS circa l'adeguatezza del fast track x PS Angiologia	>95%	15	
UOC ANGIOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.30 - ridurre le liste d'attesa per ecocolor Doppler ai tempi previsti dalla normativa	Implementare l'attività ambulatoriale garantendo effettuazione di esami ecocolor doppler ogni giorno compreso sabato per pazienti ambulatoriali	rispetto tempi di attesa per ricoveri, e amb. Con le diverse priorità previste dal piano Liste Attese	UOSD Gestione Operativa	entro fine anno azzeramento attese ai termini di legge	15	obiettivo condiviso con UOC Diagnostica per Immagini e UOSD Radiologia interventistica
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% = indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	codice 56 - 0.98 anno 2019	10	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 >95%	10	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021 258%
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<23,22% (anno 2021)	10	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	Implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	10	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina

UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h presso Adolatorata e Britanico. In caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero). Garantire supporto cardiologico alla preH quotidiano	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UJOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UJOO nel periodo consulenze/esami a pz in preH garantisce il giorno richiesto entro mattino	Monitoraggio trimestrale inviato a UJOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E INTENSITA' INTERMEDIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT > 15,48 best performance 2021	10	DM 2021 = 15,48
UOC ONCOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS	realizzata l'attività A indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% = indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC ONCOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,37 (anno 2021)	10	
UOC ONCOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	Sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 7,5% (anno 2021)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione, che condivide l'obiettivo, comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC ONCOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.3 - accessibilità ai percorsi dedicati ai pazienti oncologici	accessibilità facilitazione del percorso di accesso alle agevolazioni prescrittive e ai percorsi dedicati ai pazienti oncologici	S/NO	UOSD Gestione Operativa	attivato e operativo con continuità a decorrere dal 2 maggio 2022	11	inserirsi qui punti telemedicina
UOC ONCOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/sviluppare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc)	S/NO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC ONCOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al caratterizzare la presa in carico post dimissione (adesso occorre un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta "inappropriata" = nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOC ONCOLOGIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale di farmaci finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget farmaci assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 12,3 mln euro	10	
UOC ONCOLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021 84%
UOC ONCOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<23,22% (anno 2021)	10	
UOC ONCOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	S/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ONCOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	S/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ONCOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	S/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC ONCOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	7	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC ONCOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT best performance 7,63 (anno 2019)	7	
UOC ONCOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UJOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UJOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UJOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 efficientamento attività (area medica)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,11 (anno 2021)	10	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	<7 gg DMT best performance 7,05 (anno 2020)	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	SIS	6 / 238 appropriati Totale dimessi 2021 = 244 pz	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	SIS	-10% vs 2021	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	Sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 9,41% (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione, che condivide l'obiettivo, comunicazione sul sito delle eccellenze

UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.5 - Bed Management adeguato turnover	garantire adeguato turn over nel reparto e posti letto per i ricoveri da PS, utilizzando anche il reparto di predimissione e holding - garantire tempestività delle dimissioni dal reparto a inizio mattinata, sia verso domicilio sia per trasferimento dei pazienti nel reparto predim/Holding, - assicurare le dimissioni dal reparto anche di sabato e di domenica H24	- utilizzo in continuo dei pplt assegnati presso il reparto predimissione dimissioni quotidiane compreso di sabato e domenica	SIS e RIOD Bed Management	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissione dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% del festivi da maggio in poi	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	7	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione/incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 120 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.22 - Gestione registri AIFA	Corretta compilazione, richiesta e chiusura per i farmaci monitorati tramite i registri AIFA	numero trattamenti terminati = al numero di schede chiuse	UOC Farmacia	100%	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale di farmaci finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget farmaci assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 900 mila euro	10	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.3 - appropriatezza utilizzo farmaci	Rispetto delle indicazioni regionali (Determinazione n. G05080 del 28/04/2022) nell'utilizzo dei seguenti farmaci nei pazienti naive	inibitori delle interleukine : indicatore percentuale di pazienti naive avviati al trattamento inibitori delle JAK: indicatore percentuale di pazienti naive avviati al trattamento	UOC Farmacia	inibitori delle Interleukine : % di pazienti naive avviati al trattamento < 10% inibitori delle JAK: % di pazienti naive avviati al trattamento < 2%	5	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza di costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021 145%
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallazione con la Farmacia/ing.Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<49,5% (anno 2021)	5	migliore performance rispetto al <49,5% (anno 2021)
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico.Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality & Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	3	
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area critica)	Ottimizzazione dei case mix e dell'accuratezza di appropriata codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 6,55 (anno 2021)	15	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.4 - sviluppare la cultura della donazione organi	Sensibilizzazione sulle tematiche della donazione di organi	n. osservazioni donazioni tessuti per allotrapianto/n. decessi lesioni cerebrali acuti	SIS	2022 > 67 % 2020	15	2020 20 segnalazioni su 30 morti cerebrali
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	<7,5 gg	15	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021 156%
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<8,12% (2021)	15	8,12% 2021
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico.Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality & Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	

UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/sigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore Infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto menalmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	10	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie dedicate alle urgenze differite (riorganizzate dal 1 giugno limitandole al pomeriggio 14-20 dal lun al ven e sab 9-19 (di cui mattina dedicato a ortopedia) + notturne ore 20-8.00)	efficientamento utilizzo delle sale operatorie dedicate alle urgenze differite mediante adeguata organizzazione degli interventi urgenti differibili con piena occupazione degli spazi a ciò dedicati	incremento del tasso di occupazione delle ore di sala operatoria assegnate all'UOC per le urgenze differibili	NdM	> 90% in orario 14-19 dal lun al sab mattina (ortopedia) e sab pom x diff > 50% in orario notturno 20-8	15	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in tutte le sala attive dei pz entro le 8.30 per l'avvio degli interventi chirurgici	ingresso in sala pz oltre le 8.30/20 sedute assegnate	NdM	≤ 10%	5	obiettivo condiviso con tutte le UO chirurgiche / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e del BO
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie per interventi elettivi	pieno utilizzo degli spazi operatori assegnati alle UOOC chirurgiche per interventi elettivi	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	≥ 70%	5	obiettivo condiviso con tutte le UO chirurgiche / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e del BO
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UOOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo delle equipie anestesio/ infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	5	obiettivo condiviso con tutte le UO chirurgiche / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e del BO
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	1.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	1.1.3 - ottimizzare l'appropriatezza del ricorso al ricovero in TIPO	ottimizzare l'appropriatezza del ricorso al ricovero in TIPO dei pz chirurgici nel post operatorio limitare, intervenendo la PREH e gli anestesisti di sala con UOOC chirurgiche, il ricorso al ricovero in TIPO ai casi effettivamente necessari in urgenza e in elezione	- % del pz con ricovero in TIPO nel post-operatorio su tot pz operati per classe ASA (x pazienti operati in urgenza e in elezione)	SIS e RIOD Percorso chirurgico	- % ricoverati in TIPO nel 2022 x classe ASA < a % 2021	5	obiettivo condiviso con UOSD TIPO - dato 2021 URGENZA: 291 pz con trasf. intermed. in TIPO / 31881 pz da PS con DRG CH = 7.4% - dato 2021 PROGRAMMATO: 516 pz con trasf. intermed. in TIPO / 6.476 pz da PS con DRG CH = 7.9%
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevalenze	proporzione di ricoveri per frattura del collo femore con intervento chirurgico entro 2 gg su pz > 65 anni attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo femore in cui il pz sia stato operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso PS della struttura di ricovero ≤ 2 gg) Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura collo femore	SIS/Prevalenze	l'obiettivo si considera raggiunto se l'indicatore ≥ 60%	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni Obiettivo condiviso con UOC Ortopedia, UOC Cardiologia e UOC MUPS
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.3 - ottimizzare il ricorso alla parotanalgesia	ottimizzare il ricorso alla parotanalgesia e l'ambulatorio relativo - proporzione dei parti con parotanalgesia e aumento attività ambulatorio parotanalgesia	n. parti con parotanalgesia/ totale parti x 100 (esclusi i cesarei)	SIS/ RIOD percorso chirurgico	> 10% vs 2021 dei parti con analgesia (50% obiettivo) > 30% visite ambulatorio parotanalgesia vs 2021 comprese 1 visite su recup (50% obiettivo)	10	obiettivo condiviso con UOC Ginecologia e Ostetricia per > % parti con analgesia 1,017 Parti totali 2021, di cui 376 Cesarei
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021: 562% (con valorizzazione dell'attività di sala operatoria semplice costo orario CUR e non valorizzazione quota DRG esclusa attività preopedalizzazione)
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.2 - ottimizzazione delle risorse anestesio/ologiche per la produzione chirurgica	rapporto tra n. interventi chirurgici effettuati nel periodo (esclusi quelli di emergenza h24 in PO SG) e tot ore lavoro settimanali anestesisti presso tutti BO aziendali (escluso turno h24 (TIPO) + anest operat per sala emergenza h24 in Blocco PO SG)	n. interventi presso AOSGA (escluso emergenza) / ore tot anestesisti di sala operatoria - presso tutti i BO aziendali escluso emergenza x 100 (ed escluse ore lavoro e interventi effettuati in prestazioni aggiuntive per riduzioni attese)	RIOD percorso chirurgico e NdM	> 30% nel 2 semestre 2022 vs 1 sem 2022	10	dal 1 giugno aboliti i turni di anestesisti per recovery room (sostituiti da gestione infermieristica in recovery) e aboliti i turni di urg. Differita domenica h 12- che già aumentano il numero interventi x ora lavoro anestesista
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<13,2% (anno 2021) inclusa valorizzazione orari sala operatoria (a copertura dei costi sostenuti per dispo e farmaci sala operatoria)	10	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.4 - gestione prestazioni eseguite in preopedalizzazione non seguite da ricovero	Definizione di una procedura per recuperare il pagamento ticket dovuto dai pazienti che effettuano il percorso di preH non seguito da ricovero chirurgico, che preveda l'informativa ai pz a monte dell'intervento e la comunicazione a Gestione operativa a valle per recupero crediti.	procedura predisposta in collaborazione con gestione operativa entro 31 luglio e avvio della stessa a decorrere dal 1 settembre	Controllo di Gestione/Bilancio	procedura predisposta entro 31 luglio e avvio dal 1 settembre	5	codiviso con UOSD Gestione operativa
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - ANESTESIA OPERATORIA E PREOPEDALIZZAZIONE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 95%	10	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT best performance 23 (anno 2021)	10	Neurologici 80 gg prorogabili con abbattimento retta Verificare gg degenza
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	1.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) potenziamento attività	aumentare le visite ambulatoriali dei pz in carico all'AOSGA, prime visite e follow up	SIS	> 30% visite ambulatoriali vs 2019	20	solo fisiatriche non fisioterapia

UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UJOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UJOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UJOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	valore della produzione (degenza+ambulatoriale)/costo totale del personale	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2019 107% (considerare sospensione attività)
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<1,5 % (anno 2021)	5	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortalità e Morbilità), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020	5	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione necessari e indicati nella nota di dimissione al curante/attivare la presa in carico post dimissione laddove occorra un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione	- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/svigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio - URIP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC EMATOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 3,73 (anno 2020)	10	
UOC EMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DM < 17,0 gg	5	DMT best performance 17,87 (anno 2021)
UOC EMATOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.4 - sviluppare la cultura della donazione organi	aumento trapianti autologhi	aumentare i trapianti autologhi anno	SIS	> 20 trapianti autologhi nel 2022	5	
UOC EMATOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 2,79% (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC EMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UJOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UJOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UJOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC EMATOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS	realizzata l'attività A indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC EMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.22 - Gestione registri AIFA	Corretta compilazione, richiesta e chiusura per i farmaci monitorati tramite i registri AIFA.	numero trattamenti terminati = al numero di schede chiuse	UOC Farmacia	100%	5	
UOC EMATOLOGIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale di farmaci finalizzati al rispetto del budget assegnato	budget farmaci assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 7,7 mln euro	10	
UOC EMATOLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costi totali del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤60%	5	2021: 62%
UOC EMATOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<66,88% (anno 2021)	10	incluso file F
UOC EMATOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	

UOC EMATOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	S/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOC EMATOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	S/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		4	
UOC EMATOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC EMATOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS		almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020	5	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC EMATOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.1 - Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario	Bed Management e presa in carico post dimissione, con riduzione DM ricovero ordinario ridurre i casi di dimissione protetta a quelli in cui necessita l'effettiva conclusione del percorso di ricovero per chiudere la cartella a 1 mese dalla dimissione, ma dimettere con ricetta dematerializzata e appuntamento CUP fissato per i controlli post dimissione non cessarsi e indicati nella nota di dimissione al curante/estivare la presa in carico post dimissione laddove occorre un controllo, con dimissione protetta o con prescrizione dematerializzata e appuntamento x visita ambulatoriale ed esami di follow up	1. appropriatezza delle dimissioni protette attivate 2. organizzazione follow up ambulatoriale alla dimissione con ricetta e prenotazione all'atto della dimissione		- SIS verifica punto 1 Gestione Operativa verifica punto 2	nessuna dimissione protetta inappropriata + nessun paziente che esce senza ricetta e prenotazione ove previsto follow up ambulatoriale	5	
UOC EMATOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.3 - accessibilità ai percorsi dedicati ai pazienti oncologici	accessibilità facilitazione del percorso di accesso alle agevolazioni prescrittive e ai percorsi dedicati ai pazienti oncologici/attivare e garantire continuità da parte del personale medico dell'UO di rilascio ai pazienti in carico del CERTIFICATO INTRODUTTIVO ONCOLOGICO	S/NO	UOSD Gestione Operativa		attivato e operativo con continuità a decorrere dal 2 maggio 2022	5	verificare con oncologia
UOC EMATOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/sigillare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore Infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tabelli, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	S/NO verificato nel rispetto menalmente a decorrere da maggio 22		- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021	SIS		realizzata l'attività A indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% = indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	20	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	incremento delle 1 visite con > pz presi in carico al fine di prendere in carico nuovi pz	aumento dei pz in carico rispetto al 2019	SIS		> 30% delle prime visite ambulatoriali vs 2019	30	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS		2022 > 4.41% prest. a favore di utenti extraregione nel 1 sem. 2021	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato) per tempestiva presa in carico dei pz oncologici in cura presso l'Azienda o esterni	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiede esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOS; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOS nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOS e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT		>95%	10	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU		≤60%	10	2021: 35%
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	S/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI		5	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	S/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI		5	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	S/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		5	
UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS		2022 > 1,61 (anno 2021)	8	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS		2022 > 90% in Cardiologia UTIC e >98% in week cardiology	6	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS		< 4 gg DMT best performance 5,42 (anno 2019)	5	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS		2022 > 5,1% (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	proporzione di IMASTEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero di PTCA entro 90' dall'accesso su pz ricoverati IMASTEMI Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di IMASTEMI	SIS/Prevale		l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se indicatore A ≥ 60%	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni obiettivo condiviso con UOC MUPS

UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	Miglioramento del trattamento IMA attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	IMA % Trattati con PTCA entro 2 gg	SIS/Prevale	almeno il 60%	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	Incrementare il volume dei casi di IMA trattati	Almeno 100 casi annui-assicurare il monitoraggio per operatore	SIS/Prevale	Almeno 100 casi annui-assicurare il monitoraggio per operatore Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	Angioplastica coronarica percutanea attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	Incremento procedure (250 procedure/anno) di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con soprassollamento del tratto ST (IMA-STEMI)	SIS/Prevale	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con soprassollamento del tratto ST (IMA-STEMI)	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	Assicurare la tempestiva consulenza cardiologica per pz con frattura di femore > 65 anni affinché possano essere operati entro 48 h	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo femore in cui il pz sia stato operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso PS della struttura di ricovero ≤ 2 gg) Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura collo femore	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto se l'indicatore ≥ 60%	4	obiettivo condiviso con ortopedia, MUPS e Anestesia Operatoria	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa		appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico cardiologia interventistica	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	5	da report Massa qui mi invia i dati Paola	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management		tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiede esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	Monitoraggio trimestrale inviato a UIUO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UIUO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UIUO nel periodo	>95%	5	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	1.1 - Volumi e Riquilibratura Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali		A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 230 % obiettivo raggiunto al 100% 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	5		
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.22 - Gestione registri AIFA		Corretta compilazione, richiesta e chiusura per i farmaci monitorati tramite i registri AIFA in emodinamica	numero trattamenti terminati = al numero di schede chiuse	UOC Farmacia	100%	3		
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie		razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri in elezione e in urgenza differita	T(utilizzato)- T(ricondizionamento)/ T(assegnato)	Ndm	> 80%	5	obiettivo condiviso anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso CH e RIOD OSS e RIOP reparto e BO	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale		organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	5	2021: 71%	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici		Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi/tra il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatazza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) preavalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	<37,5% (anno 2021)	7		
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)		individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)		effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortalità e Morbilità), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit		effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DGA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4		
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni		implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa	
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina		implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina	
UOC CH VASCOLARE	1.1 - Volumi e Riquilibratura Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)		Ottimizzazione dei case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 2,04 (anno 2020)	5		
UOC CH VASCOLARE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH		organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT < 4,2	5	DMT best performance 3,81 (anno 2021) modificato 07/07	
UOC CH VASCOLARE	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto		efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 90%	5		
UOC CH VASCOLARE	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa		appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	5	da report Massa n. pz in attesa al 30 aprile = 5 classe A e zero altre classi x ordinario in DH 2 pz classe A, 2 classe B e zero C e D APA oltre 120 gg = 2pz	
UOC CH VASCOLARE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività		sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022> 6,46% (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze	
UOC CH VASCOLARE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	volume interventi rivascularizzazione arti inferiori volume interventi di rivascularizzazioni carotidiche (30 interventi anno) attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento (30 interventi anno)	volume interventi rivascularizzazione arti inferiori volume interventi di rivascularizzazioni carotidiche	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se tutti e due gli indicatori sono soddisfatti	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni DATO 2020 AOSG/INTERV. RIVASCOL. ARTI INFERIORI 18 E CAROTIDEI 90	

UOC CH VASCOLARE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevalere	Miglioramento qualità di intervento 85 aneurismi addominali trattati nel 2021 di cui nessuno dimesso con decesso (per determinare la mortalità a 30 giorni (post dimissione) la Regione incrocia i dati del paziente con dati di mortalità da altri fonti)	Aneurisma addominale non rotto: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	SIS/Prevalere	valore Prevalere LAZO 1,73% su TOT aneurismi trattati	5	valore AOSGA 2020 Prevalere 3,05% su 123 aneurismi trattati Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto dei trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CH VASCOLARE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	10	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch vascolare e RIOP BO
UOC CH VASCOLARE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	10	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza Ch Vascolare e RIOP BO
UOC CH VASCOLARE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie per interventi programati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	evitare il rinvio degli interventi programati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della equipie anestesiologicala/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programati	NdP	≤ 5%	5	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC CH VASCOLARE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UIUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC CH VASCOLARE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 230 % obiettivo raggiunto al 100%, 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC CH VASCOLARE	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 2,2 mln euro	7	
UOC CH VASCOLARE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤60%	5	2021: 45%
UOC CH VASCOLARE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propeudetica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC CH VASCOLARE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC CH VASCOLARE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	3	obiettivo condiviso con UOSD TIPO e UOSD Rischio clinico
UOC CH VASCOLARE	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/vigilanza da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc)	SI/NO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - UOP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>85%	4	modificato 07/07
UOC CH VASCOLARE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa modificato 07/07
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 0,88 (anno 2021)	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 65%	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 29,5% (anno 2021)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze da reparti Missale pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 12 classe A, n. 35 classe B, n. zero classe C e D x ordinario scaduti oltre tempi attesa x classe A, n. 82 x classe B, n. 22 x classe C e n. 2 x classe D meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 72h, 10 gg e 60gg), ci sono n. 1847 pz in attesa di APA tot. considerati con priorità programmata oltre i 120 gg attesa OBIETTIVO APA CONDIVISO CON UOSD CH VITREORETINICA (80% UOC e 20% UOSD)
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNLGA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C= 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	n. 900 APA oltre scadenza al 31 12 22, obiettivo condiviso 80% UOC e 20% UOSD	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto e RIOP BO
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	7	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza e RIOP BO

UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management (tempistività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) incremento attività APA C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	Gestione Operativa	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ±30 % obiettivo raggiunto al 100%, 20% - indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 1,3 mln euro	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale farmaci finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget farmaci assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 800 mila euro	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	7	2021: 102%
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 36,86% (anno 2021)	7	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individualizzazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality & Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	SI	3	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC OCULISTICA E BANCA DEGLI OCCHI	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD VITREORETINICA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 0,83 (anno 2021)	7	
UOSD VITREORETINICA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 65%	7	
UOSD VITREORETINICA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 8% (anno 2021)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle accoglienze da report Massaia pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 3 classe A, n. 18 classe B, n. zero classe C e D x ordinario in DH n. 2
UOSD VITREORETINICA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNLGA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	n. zero pz scaduti tutte le classi ordinario e DH n. 300 APA oltre scadenza al 31 12 22, obiettivo condiviso 80% UOC e 20% UOSD	7	obiettivo condiviso con UOC OCULISTICA (80% UOC e 20% UOSD)
UOSD VITREORETINICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	10	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto e RIOP BO
UOSD VITREORETINICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempistico avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	10	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza e RIOP BO
UOSD VITREORETINICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management (tempistività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOSD VITREORETINICA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) incremento attività APA C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	Gestione Operativa	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ±30 % obiettivo raggiunto al 100%, 20% - indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	9	
UOSD VITREORETINICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021: 124%
UOSD VITREORETINICA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 65,96% (anno 2021)	10	
UOSD VITREORETINICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individualizzazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	

UOSD VITREORETINICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	SI	3	
UOSD VITREORETINICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD VITREORETINICA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,19	5	2022 > 1,19 (anno 2019)
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	2022 DMT < 1,71	5	DMT best performance 1,71 (anno 2021)
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo del posto letto (elezione in week) ottimizzare la programmazione dei ricoveri per garantire completa occupazione dei ppil in dotazione	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 95%	5	
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 5,52% (anno 2021)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	4	obiettivo condiviso/ano anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto e RIOP BO
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programati mediante tempistico avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	4	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza e RIOP BO
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	Volume interventi chirurgici per TM mammella attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	Volume interventi chirurgici TM mammella	SIS/Prevale	135/anno UOC	10	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	Volume interventi chirurgici per TM mammella attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	SIS/Prevale	>70%	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore Numero i nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella denominatore Totale interventi per tumore maligno mammella	SIS/Prevale	<7%	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. numeratore Numero di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella denominatore Totale interventi per tumore maligno mammella	SIS/Prevale	<7%	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	% di donne operate per K mammella che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. % di donne operate per K mammella che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella Totale interventi per tumore maligno mammella	SIS/Prevale	>60%	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	% interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi alla mammella per tumore maligno attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. % interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi alla mammella per tumore maligno Totale interventi per tumore maligno mammella	SIS/Prevale	>70%	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	Produzione report trimestrale analitico con indicazione della % di donne sottoposte a radioterapia entro 4 mesi dall'intervento per K mammella	report analitici + audit per criticità	SIS/Prevale report	1 report per trimestre	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale indicatori	Produzione report trimestrale analitico con indicazione della % di donne sottoposte a chemioterapia adiuvante entro 8 settimane dall'intervento per K mammella	report analitici + audit per criticità	SIS/Prevale report	1 report per trimestre	4	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico e DH al 31 12 22	zero pz in attesa x tutte le classi ord e DH al 31 12 22	5	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 6 in classe A, n. zero in classe B, C e D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa zero in classe A 4 in classe B, zero in classe C e D.
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	5	2021 84%
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 18,77% (anno 2021)	4	

UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	3	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC CENTRO DI SENOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS		almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020	3	obiettivo condiviso con UOC Poliambulatori e UOS telemedicina
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS		2022 > 1,09	10	2022 > 1,09 (ANNO 2019)
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS		2022 > 8,47% (anno 2020)	10	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	miglioramento efficienza attività di ricovero programmato, assicurando nel percorso di week surgery dando continuità all'attività elettiva con riduzione liste d'attesa	tasso occupazione PL in week surgery	SIS		2022 > 95%	10	
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzo) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM		> 80%	10	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto e RIOP BO
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempistico avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM		≤ 10%	10	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza CH Vascolare e RIOP BO
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UOOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della equipe anestesiológica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP		≤ 5%	5	obiettivo condiviso con tutte le UO chirurgiche / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e del BO
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNLGA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico		zero pz in attesa a tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	10	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 19 classe A, n. 31 classe B, zero in classe C e D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa x classe A, n. 29 x classe B, zero in classe C e D APA, zero pz in attesa.
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	SIS		realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU		≤ 70%	7	2021 141%
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia Ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo		migliore performance rispetto al 3,8% (anno 2021)	5	
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI		4	
UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	3	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS		2022 > 1,54	5	1,54 (anno 2021)
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS		DMT < 7,08	5	DMT best performance 7,08 (anno 2019)
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS		2022 > 7,41 (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	miglioramento efficienza attività di ricovero programmato, assicurando nel percorso di week surgery dando continuità all'attività elettiva con riduzione liste d'attesa	tasso occupazione PL in week surgery	SIS		2022 > 95%	5	
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.12 - efficientamento fase preoperatoria dei ricoveri da PS (non elettivi e preospedalizzati)	efficientamento attività e miglioramento degli esiti per maggiore tempestività di organizzazione ed effettuazione degli interventi in ricoverati urgenti	gg deg preoperatoria nei pazienti con ricovero da PS	SIS		deg preoperatoria in urgenti < 2,5 gg	5	valore del 1 quadrimestre 2022deg media complessiva (urgente + elettiva)=2,86 in ricovero programmato = 0,78 in ricovero urgente = 3,26

UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.7 - efficientamento programmazione delle liste operatoriedel pazienti ricoverati per trauma ortopedico	ELIMINARE I RITARDI DI COMUNICAZIONE LISTA E DELLE SUE VARIAZIONI AL NdP CHE DETERMINANO INACCETTABILE SPRECO DEI TEMPI DI UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE	invio lista operatoria di traumatologia ortopedica al NdP entro le ore 12.00 del giorno precedente l'esecuzione degli interventi, su file in uso, correttamente compilato e con descrizione dei materiali necessari per una ottimale organizzazione degli interventi chirurgici - comunicazione tempestiva al NdP di ogni variazione delle liste relative al subentro di un pz con frattura di femore	NdP	100% DEGLI INVI GIORNALIERI DELLE LISTE OPERATORIE DEL GIORNO SUCCESSIVO PER LA SEDUTA QUOTIDIANA ASSEGNATA DI TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA	5	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza e RIOP BO
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento)/ T(assegnato)	NdM	> 80%	5	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto e RIOP BO
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie assegnate alle UUOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	NdM	≤ 10%	6	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza e RIOP BO
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UUOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UUOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della equipie anestesiológica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	NdP	≤ 5%	5	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	volumi Frattura della tibia e perone/volume ricoveri	SIS/PNE/Prevale	≥30 = 100% 20 - 30 50% < 20 = 0	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni Obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria, UOC Cardiologia e UOC MUPS
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	Frattura della tibia e perone tempi di attesa per intervento chirurgico	SIS/PNE/Prevale	<5 gg 100% >5-6 50% > 6gg = 0	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	volumi fratture collo femore/volume ricoveri	SIS/PNE/Prevale	>75 interventi per UO e monitoraggio per singolo operatore	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	proporzione di ricoveri per frattura del collo femore con intervento chirurgico entro 2 gg su pz > 65 anni attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto se l'indicatore ≥ 60%	5	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni OBIETTIVO CONDIVISO CON MUPS, ANESTESIA OPERATORIA E CARDIOLOGIA D'URGENZA
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.3 - Governo Liste d'Atesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa scaduti su tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	5	da reporti Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 57 classe A, n. 107 classe B, n.3 classe C e ZERO in classe D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa n. 7 x classe A, n. 62 x classe B, n.1 x classe C e zero x classe D APA, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg), ci sono n 8 pz in attesa considerati con priorità programmata oltre i 120 gg attesa (scaduti)
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	3	
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	budget dispositivi medici assegnato	5	
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	4	2021 45%
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) preavalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	5	migliore performance rispetto al 23,5% (anno 2021)
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico.Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	UOSD Rischio Clinico	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	3	
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio dei verbali al Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	3	
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	obiettivo condiviso con UOSD TIPO e UOSD Rischio clinico
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	SIAS	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	3	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	SIS	Peso Medio DRG	10	2022 > 1,34 (2021)
UOC NEUROLOGIA E UTN	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	SIS	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	10	< 8 gg DMT best performance 8,17 (anno 2021)
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	1.4.1 - appropriatezza ricoveri ORD	Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza	SIS	Rapporto ricoveri ordinari attribuiti a DRG potenzialmente ad alto rischio di inappropriatezza x ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza	6	67 DRG a rischio di inappropriatezza su 669 dimessi nel 2021
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	1.4.2 - appropriatezza ricoveri DH	Appropriatezza degenza ospedaliera diurna	SIS	% ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico	6	Minore del 10% vs 2021

UOC NEUROLOGIA E UTN	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	proporzione di ricoveri per ictus ischemico seguiti entro 30 gg da un ricovero in riabilitazione (pz 35-anni-100) attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero di ricoveri indice seguiti entro 30 gg dalla data dimissione da almeno un ricovero in riabilitazione Denominatore : numero di ricoveri indice (ricoveri con diagnosi ictus ischemico non preceduti da altri ricovero per ictus entro 1 anno)	SIS/Prevale	ICTUS ISCHEMICO: PROPORZIONE DI RICOVERI SEGUITI ENTRO 30 GIORNI DA UN RICOVERO IN RIABILITAZIONE ANNO DI RIFERIMENTO: 2020 AOSGA: 20,29 % / 273 pazienti; LAZO: 30,47 % / 3696 pazienti. OBIETTIVO: ALMENO 30%	7	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	ictus ischemico riammissione ospedaliere a 30 gg	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : Numero di ricoveri indice seguiti entro trenta giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti. Denominatore : Numero di ricoveri indice con diagnosi principale di ictus ischemico.		<7%	7	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità PNE/Prevale	indicatori	ICTUS ischemico: Mortalità a 30 giorni attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	ICTUS: Mortalità a 30 giorni confronto valore Lazio	SIS/Prevale	ICTUS ISCHEMICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL PRIMO ACCESSO ANNO DI RIFERIMENTO: 2020 AOSGA: 9,29 % di 291 casi; LAZO: 11,09 % di 4112 casi. OBIETTIVO: MANTENERE SOTTO LA MEDIA REGIONALE (10%)	7	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali		A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) attivazione incremento PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2022 attivazione/incremento PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	7	
UOC NEUROLOGIA E UTN	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management		tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati (anche in TIPO) prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	6	
UOC NEUROLOGIA E UTN	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale		organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	10	2021 75%
UOC NEUROLOGIA E UTN	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici		Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevulazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 3,86% (anno 2021)	5	
UOC NEUROLOGIA E UTN	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)		individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC NEUROLOGIA E UTN	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)		effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC NEUROLOGIA E UTN	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni		implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	3	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC NEUROLOGIA E UTN	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina		implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in televisita/tot. visite controllo	telemedicina/SIS	almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020	5	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC NEUROLOGIA E UTN	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione		tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stessovigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire l'informazione all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOSD FISICA MEDICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.9 - tempestività elaborazione piani terapeutici		Rispetto della tempestività necessaria a garantire tempestività ai trattamenti di radioterapia mediante garanzia dei tempi di elaborazione e consegna del piano di cura da parte del fisico	intervallo di tempo tra consegna del piano di cura da parte del medico di radioterapia e consegna allo stesso dei piani di trattamento da parte del fisico: < 3 gg < 5	Radioterapia oncologica	rispetto al 100% per i piani richiesti come urgenti e al 95% per i piani non urgenti	15	
UOSD FISICA MEDICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.18 - garanzia di servizio a supporto dei trattamenti radioterapeutici		riorganizzare il servizio in modo che l'orario di presenza di 1 dei fisici quotidianamente coincida con l'orario di attività dei trattamenti di radioterapia per ogni utile collaborazione	turnazione mensile dei fisici inviata alla DMPO con le presenze dei fisici coincidenti con i servizi di radioterapia	DMPO	95% salvo motivate eccezioni	15	
UOSD FISICA MEDICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.5 - contenimento del rischio radiologico		garanzia di effettuazione di tutte le competenze previste dalla normativa in tema di radioprotezione degli operatori e dei pazienti nei tempi previsti	100% segnalazione tempestiva per le azioni e la collaborazione del caso a Resp. UOSD SPPR di eventuali criticità da risolvere in tema di radioprotezione operatori e a Resp. Rischio Clinico per problematiche pazienti	SPPR e rischio clinico	100% delle competenze normative previste 100% delle segnalazioni tempestive per criticità revisione delle posizioni di radioesposizione con valutazione obiettiva della radioesposizione sulla base di dati oggettivi entro il 31/12/2022	15	obiettivo modificato il 26/07/2022
UOSD FISICA MEDICA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.4 - formazione in materia di sicurezza sul lavoro		completamento formazione radioprotezione personale esposto al rischio obiettivo condiviso con la UOSD formazione	completamento formazione radioprotezione	completamento formazione	100% formazione personale esposto al rischio radioprotezione entro l'anno	50	obiettivo inserito da DG 23/06/2022

UOSD FISICA MEDICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	5	
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) partecipazione APAPAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 partecipazione con agende dedicate ai pres in carico in tutti APAPAC attivati dalle altre UO (che passano a CUP con meccanismo di liberabilità se non utilizzati per pres in carico)	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% - indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	30	
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.4 - Area dei servizi appropriatezza erogazione prestazioni cliniche	individuare pratiche inappropriate nell'uso da parte dei clinici (choosing wisely) con organizzazione di un meeting clinico di illustrazione dei percorsi diagnostici da "dismettere" nonché dei percorsi da correggere per più appropriato ricorso alle diverse metodiche secondo quesito clinico	organizzazione dei meeting cominciando dalla "dismissione" delle pratiche maggiormente inappropriate e più frequenti in uso per ricoverati possibilemente nella maggior parte delle aree medica, chirurgica, intensiva e da PS	DSA	invio proposta di modifica iter diagnostici con relativi indicatori di monitoraggio applicazione corretta entro 30/9 e attivazione dal 1 ottobre con verifica di aderenza da parte delle UO	10	
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati (anche in area critica) prima possibile e cmq entro 6-12 ore, compresa refezione, e quelle non urgenti entro 24-48h, compresa refezione (in caso il radiologo richiedesse esami strumentali di approfondimento diagnostico che è in grado di erogare l'UO del consultante, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati nel medesimo 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UO	Monitoraggio trimestrale inviato a UO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	30	
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 60%	10	2021 61%
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 60,76% (anno 2021) include le prestazioni per interni pari a 3,860 mln euro 13,73%	10	< 35% per le prestazioni x esterni
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	3	
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) partecipazione APAPAC della CARDIOLOGIA, DIABETOLOGIA, GERIATRIA, etc. che necessitano di valutazione nefrologica nel percorso ambulatoriale dando totale disponibilità a questi pres in carico aziendali C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 partecipazione (con agende dedicate ai pres in carico poi destinati a prime visite con meccanismo liberabilità) agli APAPAC attivati presso altre UO	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 230 % obiettivo raggiunto al 100% 15% - indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	30	
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consultante richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consultante, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UO	Monitoraggio trimestrale inviato a UO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	25	
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 70%	10	2021 137%
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 14,33% (anno 2021)	5	
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality & Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	10	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in tele visita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS	+10% vs 2021	10	obiettivo condiviso con UOC Poliambulatori e UOS telemedicina
UOC PATOLOGIA CLINICA	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) partecipazione APAPAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 partecipazione APAPAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 230 % obiettivo raggiunto al 100% 15% - indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	20	Include prestazioni per HPV screening rindicotate mensilmente per fatturazione al Bilancio

UOC PATOLOGIA CLINICA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.4 - sorveglianza infezioni correlate all'assistenza	miglioramento dell'attività della CICA in tema di sorveglianza infezioni correlate all'assistenza	report semestrale alle UUOO sorveglianza di laboratorio alert organism per aree medica, chirurgica e intensiva e per UO, con confronto con periodo precedente e invio semestrale di tabella di sensibilità agli antibiotici sulla base delle resistenze interne per aree utilizzabile per la terapia empirica	DSA	invio alle UUOO e pubblicazione in intranet dei report del 1° semestre entro il 31 luglio 2021 e del 2° semestre entro il 31 gennaio 2022. stesse scadenze per invio a UUOO della sensibilità antibiotici per area medica chirurg e intensiva prezioso per la terapia empirica	5	
UOC PATOLOGIA CLINICA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.4 - sorveglianza infezioni correlate all'assistenza	Monitoraggio e verifica "alert" per i microrganismi MDR (Multidrug Resistant)	n. "alert" inviati per microrganismi MDR n. microrganismi MDR isolati	ICT Open LIS	100%	5	Invio mail al GOICA in tempo reale a seguito della referenziazione dei microrganismi MDR
UOC PATOLOGIA CLINICA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.4 - Area dei servizi appropriatezza erogazione prestazioni cliniche	individuare pratiche inappropriate nell'uso da parte dei clinici (choosing wisely) con organizzazione di un meeting clinico di illustrazione dei percorsi diagnostici da "dismettere" nonché dei percorsi da correggere per più appropriato ricorso alle diverse metodiche secondo quesito clinico, con eliminazione anche di esami ripetuti con ripetizione non necessaria, con organizzazione dei blocchi esami ripetuti (inclusa la preH e MDL) finalizzato alla riduzione del 5% delle prestazioni per interni vs 2021 (esclusi tamponi)	organizzazione del meeting cominciando dalla "dismissione" delle pratiche maggiormente inappropriate e più frequenti in uso per ricoverati possibilmente nella maggior parte delle aree medica, chirurgica, intensiva e da PS e comunicazione ai clinici dei blocchi automatici inseriti su esami ripetuti (inclusa la preH e MDL) finalizzato alla riduzione del 5% delle prestazioni per interni vs 2021 (esclusi tamponi)	DSADWH	A) organizzazione meeting su modifica iter diagnostici con relativi indicatori di monitoraggio applicazione corretta entro 30/9 e attivazione dal 1° ottobre con verifica di aderenza da parte delle UUOO, con contestuale avvio anche del blocco esami ripetuti già esposti ai clinici nel corso del meeting B) prestazioni per interni 2022 < 5% vs 2021 sull'ultimo trimestre ottobre-dicembre	10	
UOC PATOLOGIA CLINICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione degli esami di laboratorio urgenti ai ricoverati (anche in TI) prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il patologo clinico richiedesse esami di approfondimento che è in grado di erogare l'UO, dove parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta del 1° esame di laboratorio, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. prestazioni ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale degli esami urgenti richieste dalle UUOO; n. prestazioni ai ricoverati urgenti erogate entro 24-48h sul totale esami non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	20	
UOC PATOLOGIA CLINICA	3.4 - Flussi Informativi	3.4.1 - anagrafica dispositivi	Corretta alimentazione dell'anagrafica dei dispositivi medici secondo quanto disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'11 Giugno 2010 (inserimento CND e Codice di Repertorio)	applicazione disciplinare MINSALUTE 2010 per la compilazione dell'anagrafica dispositivi	UOC Farmacia/ UOC Programmazione e controllo	SI nessuno scarto in COAN	3	
UOC PATOLOGIA CLINICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤60%	5	2021 20%
UOC PATOLOGIA CLINICA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore produzione	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 150% (anno 2021) (inclusi rimborsi nei ricavi) incluse le prestazioni per interni pari a 11,965 mln euro 29,73% (inclusi rimborsi nei ricavi)	10	
UOC PATOLOGIA CLINICA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.1 - pianificazione acquisto attrezzature	analisi e valutazione del grado di utilizzo delle dotazioni strumentali e predisposizione bando nuova gara per accorpamento attrezzature	bando di gara per accorpamento attrezzature	DG	SI 90% entro settembre 22	5	
UOC PATOLOGIA CLINICA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.7 - ottimizzazione degli acquisti di laboratorio	ottimizzazione dei processi produttivi: utilizzo del service, stipula convenzioni, con avvio immediato di obbligo di N.O. da parte del Direttore UOC Patologia Clsau ogni prestazione richiesta a strutture esterne	documento proposto al DSA su internalizzazione di esami necessari non effettuati oggi in Azienda e/o proposta di convenzionamento con strutture esterne per effettuati, conto di analisi costo beneficio circa le scelte interno/esterno e le strutture con cui convenzionarci eventualmente	DMPO x verifica di N.O. UOC Pat Cl su ogni esame di laboratorio richiesto a esterno; DSA su invio della proposta	SI consegna documento entro 31 luglio 22	5	Obiettivo condiviso con UOSD gestione operativa
UOC PATOLOGIA CLINICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	3	
UOC PATOLOGIA CLINICA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 - 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC PATOLOGIA CLINICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.26 - laboratorio genetica	avvio attività laboratorio genetica: coordinamento attività con RM1 per l'avvio del laboratorio di genetica entro la fine dei lavori obiettivo in condivisione con UOSD Ingegneria clinica e UOC gestione e sviluppo delle tecnologie	avvio attività laboratorio genetica	DS	SI	5	
UOC UROLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione dei case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 ≥ 1,33 (anno 2020)	7	
UOC UROLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT < 4,03	7	DMT best performance 4.03 (anno 2021)
UOC UROLOGIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL week + long	SIS	2022 > 90%	7	dato 2019 = 72% e 2021 = 80,7%
UOC UROLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraragione	SIS	2022 > 7%	7	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC UROLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	proporzione di TURP per iperplasia benigna della prostata (pz >35 anni)	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore : numero RO e DH con almeno uno dei codici ICD9CM in diagnosi principale 600.X, 601.X, 602.0, 602.1, 602.2, 788.2X, 788.4X e almeno uno dei codici ICD9CM di intervento in qualsiasi posizione 60.2, 60.96, 60.97, (resezione trans uretrale della prostata) Denominatore: ricoveri con almeno uno dei codici ICD9CM di procedura nei campi principale o secondari : 60.2, 60.4, 60.5, 60.6, 60.8, 60.9	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se l'indicatore VIENE MANTENUTO (dato SG: 35,14 % LAZO: 61,52%)	3	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC UROLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	Intervento Chirurgico per K rene: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	Numeratore Numero di ricoveri con intervento di asportazione di tumore maligno del rene, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di intervento. - Denominatore Numero di ricoveri con intervento di asportazione di tumore maligno del rene	SIS/Prevale	Miglioramento sul valore osservato triennio precedente 1,28 SG: 0	3	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC UROLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	Volume interventi per K prostata valore rif.> 200 per UO Monitoraggio per operatore	Modalità ricovero: ordinario Codici ICD-9-CM nel ricovero indice: diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della prostata (185, 198.02) ed intervento principale o secondario di resezione o asportazione radicale della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione trans-uretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97).	SIS/Prevale	>200 (dato 2021 SG: 227)	3	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni

UOC UROLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevala	Volume interventi per K rene valore rif.> 50 per UO Monitoraggio per operatore	Rene Modalità ricovero: ordinario Codici ICD-9-CM nel ricovero indice :diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del rene (189, 198.0) ed intervento principale o secondario di nefrectomia parziale o radicale (55.4, 55.51, 55.52, 55.54)	SIS/Prevala	>50 (dato SG 2021: 58)	3	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC UROLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevala	Volume interventi per K vescica valore rif.> 30 per UO	Modalità ricovero: ordinario Codici ICD-9-CM nel ricovero indice :diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della vescica (188, 198.1) ed intervento principale o secondario di cistectomia parziale o radicale (57.6, 57.7).	SIS/Prevala	>30 (dato SG 2021: 15)	3	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC UROLOGIA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A= 30gg; classe B= 60 gg; classe C= 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	7	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 114 in classe A, n.203 classe B, n. 0 classe C e D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa x classe A, n. 67 x classe B, n.21 x classe C e n.1 x classe D APA a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg), ci sono n 110 pz in attesa tot. considerati con priorità programmata oltre i 120 gg attesa (scaduti)
UOC UROLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempistiche delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati (anche in TI) prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consultante richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consultante, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC UROLOGIA	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021)/ n prestazioni 2021 attivazione incremento APA	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 220 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	5	
UOC UROLOGIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 1,7 mln euro	7	
UOC UROLOGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤50%	5	2021 38%
UOC UROLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzando la tipologia di UO, tra costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 38,11 % (anno 2021)	5	
UOC UROLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC UROLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC UROLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC UROLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	3	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC UROLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	Ndm	≤ 10%	5	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza Ch Vascolare e RIOP BO
UOC UROLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatorie assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(riconizionamento) T(assegnato)	Ndm	> 80%	5	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch vascolare e RIOP BO
UOSD TERAPIA ANTALGICA	1.1 - Volumi e Riquilibrificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione dei case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,61 (anno 2019)	10	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT < 2,29	10	DMT best performance 2,29 (anno 2020)
UOSD TERAPIA ANTALGICA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto (week)	tasso occupazione PL (week)	SIS	2022 > 95%	10	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 10,57% (anno 2021)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n.8 classe A, n. 0 classe B, e D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa n. 10 x classe A, n. 75 x classe B, n. 40 x classe C e n. 0 x classe D
UOSD TERAPIA ANTALGICA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A= 30gg; classe B= 60 gg; classe C= 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH al 31 12 22	7	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stessovigilante da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SI/NO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di e spostati utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	

	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ±30 % obiettivo raggiunto al 100% 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021 83%
UOSD TERAPIA ANTALGICA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 52% (anno 2021)	5	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzare e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempistico avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria dei pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	7	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza CH Vascolare e RIOP BO
UOSD TERAPIA ANTALGICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzo) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch vascolare e RIOP BO
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 solo ginecologia > 0,82 (anno 2021)	10	
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 6,21 % (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 90%	10	
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE:Prevale	proporzione di parti con taglio cesareo primario	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore: numero di parti con taglio cesareo primario Denominatore: numero di parti con nessun cesareo pregresso	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto se l'indicatore ≤25% (n. parti > 1000) ≤15% (n. parti < 1000) SG: 26,11% LAZO: 26,68%	7	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE:Prevale	parto naturale	ricoveri successivi durante puerperio	SIS/Prevale	< 0.40% 100% FINO A 0.48% 50% sopra 0.48 0	7	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.3 - Governo Liste d'Attesa ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C= 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH al 31 12 22	5	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n.3 classe A, n.10 classe B, n. 0 classe C e ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa x classe A, n. 68 x classe B, n. 0 x classe C e D n.21
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempistiche delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati (anche in TIPO) prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>85%	5	
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ±20 % obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/vigilanza da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	-RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - UIP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>85%	5	
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 10,80% (anno 2021)	5	

UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzate e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propeudetica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3		
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4		
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	n. controlli in tele visita/ tot. visite controllo	telemedicina/SIS		almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020	3	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UO telemedicina
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	N&M		≤ 10%	7	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza Ch Vascolare e RIOP BO
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programati ord e DH	T(utilizzato) - T(riconferimento) / T(assegnato)	N&M		> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch vascolare e RIOP BO
UOC NEONATOLOGIA E TIN	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	SIS		realizzata l'attività A '30% ≤ indicatore sul valore 2021 obiettivo raggiunto al 100% 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	30	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS		2022 > 1,45 anno 2020 patologia neonatale (AOSGA 2020) > 1,99 TIN (media lazio 2020)	16	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS		DMT < patologia neonatale 6,34 TIN 9,25	10	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS		2022 > 90%	10	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/visita da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza - garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO - assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.) anche in caso di restrizione accessi, accesso di genitori a cura del personale infermieristico	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione		>95%	5	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU		≤70%	10	2021 147%
UOC NEONATOLOGIA E TIN	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo		migliore performance rispetto al 5,01% (anno 2021)	5	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzate e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propeudetica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		4	
UOC NEONATOLOGIA E TIN	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.5 - sviluppare modelli organizzativi che favoriscano l'autosufficienza sangue e suoi derivati	Organizzare in collaborazione con ufficio comunicazione una campagna di sensibilizzazione alla donazione degli operatori sanitari e restante personale aziendale e sensibilizzazione alla donazione dei parenti e utenti dell'ospedale	pubblicizzazione degli orari in cui è possibile donare presso il Centro Trasfusionale senza prenotazione, in giornate anche festive, indicandolo sul sito e sui social, nonché in everyone interni per promuovere la donazione tra il personale e aumentare le donazioni presso il Centro Trasfusionale di utenti e dipendenti	Controllo di gestione		incremento 10% vs migliori dati 2019 o 2021 dei donatori utenti/dipendenti che si sono recati presso il Centro a donare al di fuori di quelli delle associazioni donatori o loro raccolte esterne.	25	
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) partecipazione APA/PAC C) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2022 partecipazione APA/PAC	SIS		realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 ≥20 % obiettivo raggiunto al 100% < 20% obiettivo raggiunto al 50%	25	
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU		≤70%	20	2021 113%

UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	3.4 - Flussi Informativi	3.4.1 - anagrafica dispositivi	Corretta alimentazione dell'anagrafica dei dispositivi medici secondo quanto disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'11 Giugno 2010 (inserimento CND e Codice di Repertorio)	applicazione disciplinare MINSALUTE 2010 per la compilazione dell'anagrafica dispositivi	UOC Farmacia/ UOC Programmazione e controllo	SI nessuno scarto in SIGES	20	
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	5	
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	5	
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.5 - tracciabilità prestazioni	tracciabilità prestazioni eliminazione perdite aziendale dovute a mancata registrazione prestazioni richieste all'UOC verifica della esistenza e registrazione per flusso SIAS delle richieste per CIASCUNA delle prestazioni erogate dall'UO su richiesta di altre UUOO aziendale ad esclusione di quella per ricoverati (es. biopsie in esami endoscopici, pap test ambulatoriali, esami istologici su chirurgia ambulatoriale etc.)	verificare e assicurare che ad ogni determinazione di istologia/citologia corrisponda una richiesta ambulatoriale, completare la registrazione per flusso SIAS e assicurarsi dell'avvenuta fatturazione da parte del Bilancio di prestazioni per strutture esterne (es. HPV)	Controllo di gestione	100% delle prestazioni per utenti non ricoverati	25	obiettivo condiviso con UOSD Gestione Operativa e UOC Bilancio
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.16 - efficienza processi diagnostici tempestività referenziazione	assicurare con priorità la referenziazione per esami per ricoverati e percorso ambulatoriale per presa in carico in vista di intervento chirurgico, in particolare per sospetta patologia neoplastica.	migliorare la tempistica 2021 per esami istologici e citologici x ricoverati e presi in carico del percorso ambulatoriale di precricovero chirurgico: biopsia urgente 2,0 gg, biopsie non urgenti 4 gg, pezzi operatori 9 gg, citologici - non screening - 2,0 gg esami ambulatoriali epicriuso oncologico precricovero ch stasse dei ricoverati se oncologici - max 10 gg per non oncologici	DMPO (in collaborazione con ICT per rilevazione automatica del dato da sistema) con report a UO e DSA (in attesa della tempistica di referenziazione)	90% entro tempo ottimizzato rispetto a 2021	14	DATI Anatomia Patologica 2021 SU CAMPIONE DI ESAMI: biopsia urgente 2,6 gg, biopsie non urgenti 4 gg, pezzi operatori 9 gg, citologici - non screening - 2,2 gg
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	3.4 - Flussi Informativi	3.4.1 - anagrafica dispositivi	Corretta alimentazione dell'anagrafica dei dispositivi medici secondo quanto disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'11 Giugno 2010 (inserimento CND e Codice di Repertorio)	applicazione disciplinare MINSALUTE 2010 per la compilazione dell'anagrafica dispositivi	UOC Farmacia/ UOC Programmazione e controllo	SI nessuno scarto in COAN	3	
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.4 - Area dei servizi appropriatezza erogazione prestazioni cliniche	individuare richieste di esami inappropriate nell'uso da parte dei clinici (choosing wisely) con organizzazione di un meeting clinico di illustrazione dei percorsi diagnostici da "dismettere" nonché dei percorsi da correggere per più appropriato ricorso alle diverse metodiche secondo questo clinico, con eliminazione anche di esami ripetuti con ripetizione non necessaria	organizzazione del meeting cominciando dalla "dismissione" delle pratiche maggiormente inappropriate e più frequenti in uso per ricoverati in particolare nelle aree oncologiche e comunicazione ai clinici dei blocchi di esami ripetuti inappropriati	DSA	organizzazione meeting su modifica iter diagnostici con relativi indicatori di monitoraggio applicazione corretta entro 30/9 e attivazione dal 1 ottobre con verifica di aderenza da parte delle UUOO, con contestuale avvio anche del blocco esami ripetuti già esposti ai clinici nel corso del meeting	20	
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 50%	10	2021 41%
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 142% (anno 2021) incluse le prestazioni per interni pari a 2,997 mln euro 8,66%	20	
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	4	
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 partecipazione APA/PAC	SIS	realizzata l'attività A e B indicatore sul valore 2021 230 % obiettivo raggiunto al 100% < 30% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio dei 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	10	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza e RIOP BO
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) / T(assegnato)	NdM	> 80%	10	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto e RIOP BO
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 3,3 mln euro	10	
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 60%	5	2021 55% incluse le prestazioni per interni
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	< 40%	20	migliore performance rispetto al 222% (anno 2021) incluso valore prestazioni intermedie pari a 1,55 mln euro
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.7 - appropriatezza delle prestazioni richieste in consulenza	migliorare l'appropriatezza delle prestazioni richieste in consulenza dalle altre UUOO e ottimizzare i costi x dispositivi prediporre analisi delle prestazioni richieste in consulenza alla UOSD dalle altre UUOO (da parte dei 5 maggiori richiedenti interni) e relazionare circa l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico condotto proponendo alla Direzione Strategica una modifica delle prassi in uso	invio della relazione alla DSA-DG entro il 15 giugno e avvio della selezione secondo appropriatezza delle richieste soddisfatte a partire dal 1 luglio	DSA per consegna relazione e CdG x valutazione > prestazioni intermedie inappropriate	DSA per consegna relazione e CdG x valutazione della differenza prestazioni intermedie nei mesi luglio-dicembre verso o i mesi precedenti del 2022	10	

UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI		3	
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		4	
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS		2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati (anche in TI) prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero). IN PARTICOLARE ECOCOLODOPPLER	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT		>95%	10	
UOC FARMACIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.4 - sorveglianza infezioni correlate all'assistenza	supporto attività CICA e Antimicrobial Stewardship Team	report alle UOOC utilizzo molecole antifinfettive monitorate in DDD + consumo disinfettanti distinti per area medica, chirurgica e intensiva e per UO, con confronto con periodo precedente	DSA		invio alle UOOC e pubblicazione in intranet dei due report semestrali entro il 31 luglio 2022 ed entro il 31 gennaio 2023	5	
UOC FARMACIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.6 - COAN gestione anagrafica	Aggiornamento tempestivo delle anagrafiche dei beni di competenza	% scarti anagrafica	UOC Programmazione e Controllo		=0	5	
UOC FARMACIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.9 - sicurezza ed efficienza galenica	predispone manuale di procedure epr le linee di attività svolte nella sezione galenica, comprensivo di indicatori di qualità, sicurezza ed efficienza delle pratiche farmaceutiche adottate	invio in DSA manuale e monitoraggio indicatori di corretta applicazione	DSA		invio in DSA manuale entro il 10 agosto e avvio monitoraggio indicatori dal 15 settembre	10	
UOC FARMACIA	3.4 - Flussi Informativi	3.4 - eliminazione scarti flusso farmaci FileF e innovativi	verifica correttezza del flusso FileF e farmaci innovativi con riscontro tra farmaci utilizzati e rimborsati regionali iscritti a bilancio nell'anno di competenza	rimborsi regionali	UOC Economico finanziaria e patrimoniale		0 errori = 100% rimborsi regionali	10	
UOC FARMACIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	In collaborazione con la UOC Economico finanziaria A) definizione del costo complessivo di spesa per beni e servizi anno 2022 (concordamento) B) definizione del budget per UOOC/Dipartimento C) monitoraggio mensile del costo di farmaci e dispositivi per UOOC con consumi superiori a 500 mila euro con eventuali segnalazioni preconcordamento e azioni correttive	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 di competenza	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	SI		10	Il Concordamento rappresenta l'accordo sul Bilancio preventivo (BEP) con la Regione. Il BEP viene, sulla base delle linee guida regionali, definito dal Bilancio in accordo con la Direzione Strategica
UOC FARMACIA	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale		TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 30% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	10	verifiche periodiche effettuate dal ROE
UOC FARMACIA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed investimenti e PNRR	2.4.6 - percorso ordini beni e servizi	Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza della Farmacia	Redazione capitolati/documentazione tecnica: a) entro 7 mesi (nel caso di procedure ad evidenza pubblica) 4 mesi (nel caso di motivate procedure di affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure; b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo	UOC ABS		Redazione capitolati/documentazione tecnica: a) entro 7 mesi (evidenza pubblica)/4 mesi (affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure; b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo	10	
UOC FARMACIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.7 - incremento utilizzo farmaci biosimilari	Incremento utilizzo farmaci biosimilari nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali e riduzione utilizzo farmaci a rischio di inapproprietezza	mancato acquisto originator	UOC Farmacia		100% utilizzo farmaci biosimilari	10	
UOC FARMACIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.22 - Gestione registri AIFA	Compilazione scheda di dispensazione dei farmaci. Verifica aggiornamento schede di richiesta da parte dei medici. Aderenza, in base alle condizioni stabilite da AIFA, alle procedure per la richiesta di rimborso nei tempi stabiliti dalle condizioni negoziali; verifica delle schede paziente aperte dopo 90 giorni dall'ultimo trattamento	report bimensile da inviare alla Direzione di Farmacia delle schede paziente chiuse, trasmissione alla Direzione di Farmacia delle comunicazioni inviate ai medici per richiedere la chiusura delle schede paziente aperte dopo 90 giorni dall'ultimo trattamento, report annuale con indicazione dei rimborsi ottenuti e verifica delle fatture effettivamente rimborsate	UOC Farmacia		100%	10	
UOC FARMACIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI		5	
UOC FARMACIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI		5	

UOC FARMACIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.10 - corretta gestione dei farmaci presso le UUOO	effettuare almeno un sopralluogo mensile a rotazione presso 1 reparto/servizio con verbale inviato alla DMPO, per verificare corretta tenuta dei farmaci, dispositivi, stupefacenti (prossimi a scadenza, gestione registri, adeguata conservazione etc.) ponendo in essere le azioni correttive del caso e la ridistribuzione dei protili eccedenti tra UUOO	almeno 1 verbale mese inviato a DMPO	DMPO	si	10	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,53 (anno 2021)	5	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	< 6gg (mix week e long)	5	DMT best performance 6,57 (anno 2021)
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL in week	SIS	2022 > 95%	5	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività fuo ri Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 12,14% (anno 2019)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	A) volume interventi chirurgici TM colon (almeno 50) B) volume interventi chirurgici TM colon in laparoscopia ≥ 78 (dato 2021) C) monitoraggio per operatore	TM colon (esclusi interventi codice ICD9CM 48.49, 48.5, 48.6 ricovero resezione retto) A) volume interventi isolati B) volume interventi isolati in laparoscopia	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se tutti e due gli indicatori sono soddisfatti	5	A > 50 (dato 2021 UOC 86 AOSGA 121) e B > 40 (39 UOC AOSGA 78 anno 2021) Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria S3 attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. A) Numeratore: numero di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria S3gg Denominatore: numero totale di interventi di colecistectomie laparoscopiche B) casi anno/UUOO ≥100 (UUOO S3)	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se tutti e due gli indicatori sono soddisfatti Indicatore A ≥ 70% Indicatore B casi anno/UUOO ≥100 (UUOO S3) l'obiettivo si considera raggiunto al 50% in caso di soddisfazione dell'indicatore A	10	A) 2021 UOC 81,7% AOSGA 77% B) 2021 UOC 115 AOSGA 192 (CH gen urgenza 46, CH robotica 31) Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	Effettuare almeno 50 interventi annui tumori del colon retto per UO attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento monitoraggio per operatore	Numero interventi del colon retto Anno 2022 - Criteri Prevale	SIS/Prevale	magg 50 int	5	2021 UOC 110 AOSGA 146 Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	Effettuare almeno 50 interventi annui tumori stomaco per UO attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento monitoraggio per operatore al di sotto della soglia indicata attivare l'Audit	Numero interventi TM stomaco Anno 2022 - Criteri Prevale	SIS/Prevale	magg 50 int	5	2021 UOC 30 AOSGA 30 Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PINGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa a tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	10	da reporti Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 36 in classe A, n. 95 in se B, n.3 in classe C e zero in classe D o xordinario in DH scaduti oltre tempi attesa n. 9 x classe A, n. 68 x classe B, n. 25 x classe C e zero x classe D Mantenere obiettivo APA, oggi zero attese, < 120 gg, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 200, 10 gg e 60gg)
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazioni sale operatorie per interventi programmati mediante tempistiche avvio delle sedute elettive	Ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	Ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	5	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza Ch Vascolare e RIOP BO
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	5	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch vascolare e RIOP BO
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UUOO chirurgiche - evitare disagi ai pazienti e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo delle equipie anestesiological/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	5	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	3	obiettivo condiviso con UOSD TIPO e UOSD Rischio clinico
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempistiche delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consultante richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consultante, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	> 95%	3	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 1,2 mln euro	5	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	2.2 - Governo della spesa per il Personale o ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 60%	3	2021 49%
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel I.E.A) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmaciating, Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 29,85% (anno 2021)	4	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effects analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	S/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	S/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC CHIRURGIA GENERALE AD ONCOLOGICO	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	3	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa

UOC CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/svigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore Infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umannizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	3	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 1.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,2	10	2022 > 1,17 (anno 2021)
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	Sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 10,42% (anno 2020)	7	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto in week	lasso occupazione PL in week	SIS	2022 > 95%	7	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	Ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	Ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	5	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza CH Vascolare e RIOP BO
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch vascolare e RIOP BO
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UUOO chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disguidi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della equipe anestesiológica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	7	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 1.3 - Governo Liste d'Atesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNLGA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	7	da reporti Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 9 in classe A, n. 20 in se B, n. 2 in classe C e 1 in classe D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa n. 16 x classe A, n. 153 x classe B, n. 32 x classe C e n. 5 n. classe D Mantenere obiettivo APA < 120 gg, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg)
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	10	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 1.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	Gestione Operativa	realizzata l'attività A indicatore sul valore 2021 ≥80 % obiettivo raggiunto al 100% 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	< 2,12 gg (mix week e long)	3	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparo assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 60%	5	2021 61%
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia Ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 16,15% (anno 2021)	5	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	3	
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PLASTICA	E 1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/svigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore Infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umannizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	3	
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA BOTANICA	E 1.1 - Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,85	13	2022 > 1,85 (anno 2021)

UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 7,14% (anno 2020)	13	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT <6 gg	13	DMT best performance 6,03 (anno 2019)
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 90%	13	
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	Gestione Operativa	indicatore sul valore 2021 230% obiettivo raggiunto al 100% 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	12	
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 1 mln euro	12	VERIFICARE ASCANI
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	12	2021 54%
UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 76,86% (anno 2021)	12	
UOSD CHIRURGIA A CICLO BREVE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,15	20	2022 > 1,15 (anno 2019)
UOSD CHIRURGIA A CICLO BREVE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT 2022 < 1,40	20	DMT 2022 < 1,45
UOSD CHIRURGIA A CICLO BREVE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 7,75% (anno 2019)	20	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOSD CHIRURGIA A CICLO BREVE	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto (programmato - week surtyge)	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 95%	20	
UOSD CHIRURGIA A CICLO BREVE	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 18,86% (anno 2021)	20	
UOSD TIPO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area critica)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di appropriata codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 2,8	20	
UOSD TIPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.3 - DM area medica	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	< 2,75 gg DMT best performance (anno 2019)	20	
UOSD TIPO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.3 - ottimizzare l'appropriatezza del ricorso al ricovero in TIPO	ottimizzare l'appropriatezza del ricorso al ricovero in TIPO dei pz chirurgici nel post operatorio - limitare, interagendo con UUOC chirurgiche e PREH, il ricorso al ricovero in TIPO ai casi effettivamente necessari in urgenza e in elezione	- % dei pz con passaggio in TIPO nel post-operatorio ricoverati in TIPO su tot pz operati per classe ASA (x pazienti operati in urgenza e in elezione)	SIS e RIOD Percorso chirurgico	- % ricoverati in TIPO nel 2022 x classe ASA < di % 2021	15	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria - dato 2021 URGENZA: 291 pz con trasf. intermed. in TIPO / 3.881 pz da PS con DRG CH = 7.4% - dato 2021 PROGRAMMATO: 516 pz con trasf. intermed. in TIPO / 6.476 pz da PS con DRG CH = 7.9%
UOSD TIPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.22 - Gestione registri AIFA	Corretta compilazione, richiesta e chiusura per i farmaci monitorati tramite i registri AIFA	numero trattamenti terminati = al numero di schede chiuse	UOC Farmacia	100%	5	
UOSD TIPO	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	Uoc Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	10	2021 128%
UOSD TIPO	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione (remunerazione per attività di ricovero e ambulatoriali), con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	< 8,48% (anno 2021)	10	
UOSD TIPO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, od e propeedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD TIPO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD TIPO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	4	obiettivo condiviso con CH e UOSD Rischio clinico
UOSD TIPO	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/verificare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettata da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SI/NO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di e sposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	10	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 ≥ 1,36 (anno 2020)	5	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto in week	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 95%	10	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	2022 < 6,19 gg (mix week e long)	5	DMT best performance 6,19 (anno 2021)
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 6,83% (anno 2020)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze

UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria S3 99 attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. A) Numeratore: numero di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria S3gg Denominatore: numero totale di interventi di colecistectomie laparoscopiche B) casi anno/UUOO ≥100 (UUOO S3)	SIS/Prevale	l'obiettivo si considera raggiunto al 100% se tutti e due gli indicatori sono soddisfatti indicatore A ≥ 70% indicatore B casi anno/UUOO ≥100 (UUOO S3) l'obiettivo si considera raggiunto al 50% in caso di soddisfazione dell'indicatore A	10	A) 2021 UOC 65,8% AOSGA 77% B) 2021 UOC 46 AOSGA 192 (115 CH oncologica, 31 CH robotica) Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	9	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 3 in classe A, n. 68 in se B, n.23 in classe C e zero in classe D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa n. 2 x classe A, n. 41 x classe B, n. 1 x classe C e zero x classe D Mantenere obiettivo APA, oggi n.2scaduti, < 120 gg, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg)
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficienza utilizzo risorse operative per interventi programmati mediante temporeggio avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	7	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza CH Vascolare e RIOP BO
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T (utilizzato) - T (ricondizionamento) T (assegnato)	NdM	> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch e RIOP BO
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UUOO chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della equipie anestesiológica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	7	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	4	obiettivo condiviso con UOSD TIPO e UOSD Rischio clinico
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UUOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UUOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UUOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	> 95%	5	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	Gestione Operativa	indicatore sul valore 2021 ≥20% obiettivo raggiunto al 100% 10% < indicatore < 20% obiettivo raggiunto al 50%	7	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 31.73% (anno 2021)	6	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC CH GENERALE E D'URGENZA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/avvisare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettata da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SI/NO verificato nel rispetto mensilmente e decorrenza da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - USP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	> 95%	3	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione delle case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,2	10	2022 > 1,17 (anno 2021)
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT < 2,5	7	DMT best performance 2,52 (anno 2019)
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraragione	SIS	2022 > 10,42% (anno 2020)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto in week	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 95%	9	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	5	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 6 in classe A, n. 29 in classe B, n. 1 in classe C e zero in classe D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa zero x tutte le classi Mantenere APA zero oltre i 120 gg, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg)

UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	Ingresso in sala operatoria dei pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	Ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	7	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza CH Vascolare e RIOP BO
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch e RIOP BO
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UOOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disguidi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo delle equipie anestesioologica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	7	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	4	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	Gestione Operativa	realizzata l'attività A indicatore sul valore 2021 ≥30 % obiettivo raggiunto al 100% 20% - indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	7	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤70%	7	2021 79%
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nel LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 13,66% (anno 2021)	5	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed essere propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per Fatalità delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOSD CH MAXILLO FACCIALE	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/vigilare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC NEUROCHIRURGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione dei case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 2,49	7	2022 > 2,49 (anno 2020)
UOC NEUROCHIRURGIA	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzazione	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 90%	7	
UOC NEUROCHIRURGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT < 7,79	7	DMT best performance 7,79 (anno 2019)
UOC NEUROCHIRURGIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 9,82%(anno 2020)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze
UOC NEUROCHIRURGIA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PINGLA 2019 - 2021	attesa max classe A= 30gg; classe B = 60 gg; classe C= 6 mesi; classe D =	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa x tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	5	da report Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 31 in classe A, n. 3 in classe B, zero in classe C e D x ordinario in DH APA scaduti n. 17 oltre i 120 gg, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg)
UOC NEUROCHIRURGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	Ingresso in sala operatoria dei pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	Ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	5	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza CH e RIOP BO
UOC NEUROCHIRURGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UOOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disguidi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo delle equipie anestesioologica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	5	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC NEUROCHIRURGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) T(assegnato)	NdM	> 80%	5	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch e RIOP BO

UOCD NEUROCHIRURGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	4	obiettivo condiviso con UOSD TIPO e UOSD Rischio clinico
UOCD NEUROCHIRURGIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti al ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, dove parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali al ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOOC; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOOC nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOOC e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	4	
UOCD NEUROCHIRURGIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021	Gestione Operativa	realizzata l'attività A indicatore sul valore 2021 ≥30 % obiettivo raggiunto al 100% 20% = indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	10	
UOCD NEUROCHIRURGIA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	utilizzo razionale dei dispositivi medici finalizzato al rispetto del budget assegnato	budget dispositivi medici assegnato	Farmacia/Uoc Programmazione e controllo	≤ 1,2 mln euro	10	
UOCD NEUROCHIRURGIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'incidenza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	≤ 60%	5	2021 44%
UOCD NEUROCHIRURGIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevalutate con la Farmacia/Ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/ valore della produzione (degenza+ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 23,74% (anno 2021)	5	
UOCD NEUROCHIRURGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SINO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOCD NEUROCHIRURGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality e Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SINO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOCD NEUROCHIRURGIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con iniezione di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SINO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	3	
UOCD NEUROCHIRURGIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	4	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOCD NEUROCHIRURGIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/sigillare da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore Infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettarla da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizione accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SINO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio; - URP x verifica da maggio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umанизazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	3	
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività (area CH)	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > 1,15	5	2022 ≥ 1,15 (anno 2020)
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 90%	6	
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.4 - DM area CH	organizzazione dell'attività volta al raggiungimento/mantenimento della DM standard	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto	SIS	DMT < 2,30	7	DMT best performance 2,30 (anno 2021)
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.1 - miglioramento dell'attrattività	sviluppare best practices anche in termini di comunicazione che possano favorire un miglioramento dell'attrattività pz fuori Regione	% pz extraregione	SIS	2022 > 10,1% (anno 2021)	5	sinergie con l'ufficio comunicazione comunicazione sul sito delle eccellenze anno 2021 - 31
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevala	volumi interventi chirurgici TM laringe attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	volumi interventi chirurgici TM laringe	SIS/Prevala	l'obiettivo si considera raggiunto se l'indicatore= 50	7	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto dei trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021	attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C = 6 mesi; classe D = 1 anno	DMPO e RIOD percorso chirurgico	zero pz in attesa a tutte le classi ord, DH e APA al 31 12 22	7	da reporti Masala pz in attesa al 30 aprile oltre il tempo previsto dalla normativa: n. 63 in classe A, n. 177 in classe B, n. 4 in classe C e n. 1 in classe D x ordinario in DH scaduti oltre tempi attesa n. 5 x classe A, n. 30 x classe B, zero x classe C e D Mantenere obiettivo APA < 120 gg, a meno di richieste U, B, e D (da effettuare nei tempi previsti 2gg, 10 gg e 60gg)
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in sala operatoria del pz entro le 8.30 per l'avvio del 1 degli interventi chirurgici programmati della seduta assegnata	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NaM	≤ 10%	7	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso chirurgico, RIOP del reparto di degenza Ch Vascolare e RIOP BO
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri programmati ord e DH	T(utilizzato) - T(ricondizionamento) / T(assegnato)	NaM	> 80%	7	obiettivo condiviso anestesia operatoria, DPS x RIOD percorso CH, RIOD OSS, RIOP reparto ch e RIOP BO
UOCD OTORINOLARINGOIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UOOC chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disguidi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della equipe anestesio-logica/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NaP	≤ 5%	7	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO

UOC OTORINOLARINGOIATRIA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, dove parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medicine 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UJOO; n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UJOO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UJOO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	>95%	5	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	1.1 - Volumi e Riquilibrato Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) ottimizzazione delle risorse a disposizione finalizzata all'incremento della attività	(n. prestazioni 2022 - n. prestazioni 2021) / n prestazioni 2021 attivazione/incremento APA	Gestione Operativa	indicatore sul valore 2021 230% obiettivo raggiunto al 100% 20% < indicatore < 30% obiettivo raggiunto al 50%	7	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale assegnato finalizzato alla riduzione dell'inefficienza del costo del personale dipendente e di supporto sulla produzione	costo totale del personale (medico e comparto assegnato)/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Programmazione e controllo/UOC Politiche del personale e GRU	570%	5	2021 79%
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	2.3 - Governo della spesa per farmaci e dispositivi	2.3.1 - sostenibilità delle attività sanitarie (elettive e programmate, sia d'urgenza o necessarie rientranti nei LEA) nella gestione dei prodotti farmaceutici	Monitoraggio e ottimizzazione del rapporto, caratterizzante la tipologia di UO, tra i costi sostenuti per svolgere l'attività nel periodo quale somma costi di farmaci e dispositivi e il valore della produzione, con ottimizzazione anche dell'appropriatezza d'uso N.B. per la richiesta di nuovi dispositivi/tecnologie (per indicazioni assistenziali) prevallutazione con la Farmacia/ing. Clinica del rapporto costo/valore DRG	costo totale dei farmaci e dispositivi nel periodo/valore della produzione (degenza-ambulatoriale)	UOC Farmacia/UOC Programmazione e controllo	migliore performance rispetto al 16,48% (anno 2021)	5	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico. Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	effettuare almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	3	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	4	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	5	obiettivo condiviso con UOSD ICT e UOSD Gestione Operativa
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.4 - tutela riservatezza e garanzia informazione	tutela riservatezza garantire l'informazione corretta e tempestiva a parenti e congiunti del paziente ricoverato, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo le indicazioni fornite all'ingresso dal paziente stesso/vigilanza da parte del responsabile medico UO e del Coordinatore infermieristico circa il rispetto della riservatezza + garantire informativa all'accesso al reparto con cartellonistica e sul sito internet circa le modalità e orari per i colloqui con i familiari e rispettata da parte del personale medico dell'UO + assicurare in ogni modo (tablet, telefono, etc.), anche in caso di restrizioni accessi, colloqui tra pazienti e loro familiari a cura del personale infermieristico + consentire in casi giustificati l'accesso in extra-orario di familiari (es. pazienti fragili, terminali etc.)	SI/NO verificato nel rispetto mensilmente a decorrere da maggio 22	- RIOD Logistica x verifica cartellonistica apposta entro fine maggio - URP x verifica da meglio corrette informazioni sui colloqui su sito e rispetto umanizzazione, anche sulla base di esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	5	
UOC POLIAMBULATORI	1.3 - Governo Liste d'Atesa e ALPI	1.3.2 - attività ambulatoriali gestione liste di attesa	Rispetto disposizioni regionali in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali in collaborazione con UOSD gestione operativa	monitoraggio periodico indicatori regionali e azioni correttive con i Dipartimenti interessati - report trimestrale a UJOO e DSA su liste di attesa ambulatoriali	ICT/RL	SI	25	per report attese ALPI obiettivo in collaborazione con Affari Generali e UOSD gestione operativa
UOC POLIAMBULATORI	1.3 - Governo Liste d'Atesa e ALPI	1.3.3 - Corretto rapporto prestazioni in istituzionale e ALPI	verifica corretto rapporto prestazioni ambulatoriali in regime istituzionale e ALPI	1 report trimestrale, distinto per specialità, trasmesso a UJOO, Direzione Aziendale e UOSD gestione operativa con n prestazioni effettuate da ogni UO in istituzionale e ALPI	DSA	4 report trimestrali	20	obiettivo condiviso con la UOC Affari generali e gestione am ALPI UOSD gestione operativa
UOC POLIAMBULATORI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente rischio individuazione referente infezioni	RSPP/formazione/CCICA	SI	10	
UOC POLIAMBULATORI	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC POLIAMBULATORI	3.9 - Razionalizzazione attività ALPI	3.9.3 - efficientamento attività ALPI	definizione percorsi sanitari Alpi separati dai percorsi istituzionali	riorganizzazione percorso ALPI	DSA-DA	riorganizzazione percorso ALPI con regolamento, tariffario aziendale, modulistica e reportistica periodica	20	obiettivo condiviso con la UOC Affari generali e gestione am ALPI UOSD gestione operativa e UOC Programmazione e controllo
UOC POLIAMBULATORI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.15 - efficientamento percorsi attività clinica	Condivisione personale di accoglienza con UOSD gestione operativa finalizzato ad una migliore distribuzione degli sportelli di prenotazione	condivisione personale con UOSD gestione operativa per la distribuzione degli sportelli di prenotazione	UOSD gestione operativa	condivisione personale con UOSD gestione operativa per la distribuzione degli sportelli di prenotazione	20	
UOSD URP	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOSD URP	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD URP	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.5 - favorire la conoscenza dei servizi offerti	gestione e aggiornamento Carta dei servizi collaborazione con l'ufficio comunicazione per il tempestivo aggiornamento del sito aziendale circa dislocazione reparti, orari di ricevimento, modalità di visita, orari colloqui con i medici, ecc	Carta dei servizi aggiornamento sito aziendale	DMPO	100% aggiornamento costante della Carta dei servizi Aggiornamento in tempo reale delle informazioni di interesse del cittadino, in collaborazione con l'ufficio comunicazione e i responsabili di UO e servizi	20	obiettivo condiviso con l'ufficio comunicazione
UOSD URP	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.4 - gestione delle segnalazioni	Monitoraggio interventi post segnalazioni URP tramite report sintetico alla direzione strategica Gestione puntuale degli esposti con risposta all'utenza entro la tempistica di legge, per realizzare miglioramento continuo della qualità dell'organizzazione. Audit di approfondimento delle criticità più rilevanti rappresentate dall'utenza.	report sintetici di monitoraggio trimestrale tempo medio di risposta agli esposti in termini di legge n. AUDIT seguiti agli esposti	Direzione strategica	risposta al 100% degli esposti presentati nell'anno entro 30 gg dalla ricezione. Attivazione AUDIT organizzativi a seguito esposti particolare rilevanza con relazione proposte a DSA. Report trimestrale a Direzione Aziendale e esposti presentati, e anche enormi, distinto per UO coinvolta	10	

UOSD URP	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.1 - miglioramento qualità percepita dall'utenza	verifica della qualità percepita dall'utenza per trarne motivo di riorganizzazione dei servizi e ottimizzazione dell'organizzazione	questionari per esplorare la qualità percepita verificando nel progetto di analisi il numero e tipologia di questionari da effettuare presso quali UUOO affinché abbiano significatività	DSA	progettazione dell'indagine di qualità percepita e delle modalità di somministrazione e valutazione entro il 30 giugno 22, con somministrazione e analisi dei risultati entro il 30/11/22, compresi proposte di miglioramento delle criticità percepite	15	
UOSD URP	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.15 - efficientamento percorsi attività clinica	collaborazione con la struttura che gestisce i percorsi ambulatoriali per organizzazione postazioni di accoglienza/prenotazione con personale in carico all'UOSD	collaborazione per l'organizzazione postazioni accoglienza / prenotazione con personale in carico alla UOSD	UOSD gestione operativa /UOC poliambulatori		10	
UOSD URP	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.2 - miglioramento qualità partecipata stakeholders	organizzazione e coordinamento dei lavori del tavolo misto di consultazione delle associazioni di volontariato	report sintetici trimestrali di attività con rilevazione criticità e proposte migliorative alla Direzione strategica	Direzione strategica	report trimestrali alla Direzione strategica	10	
UOSD URP	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.3 - Valorizzazione del Patrimonio Immobiliare - razionalizzazione e ottimizzazione della segnaletica	ricognizione della segnaletica aziendale, verifica dell'adeguatezza rispetto alla dislocazione delle attività e della coerenza per l'orientamento degli stakeholders interni ed esterni con proposte di adeguamento/miglioramento; collaborazione con DMPO, UOC conservazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare, UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie e RIOD decoro	documento stato dell'arte documento proposte definitive	Direzione strategica	stato arte con evidenza eventuali proposte migliorative settembre 2022 dicembre 2022 relazione con proposte definitive	15	
UOSD URP	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.3 - ospedale trasparente	Monitoraggio attuazione Procedure e disposizioni su Orari di accesso e colloquio, Cartellini riconoscimento, Modulistica ai pazienti, ecc.	Monitoraggio mediante visite e sopralluoghi. Azioni correttive proposte alla DSA	DSA	6 monitoraggi nei Dipartimenti e azioni correttive proposte alla DSA	10	
UOSD GESTIONE OPERATIVA	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.2 - riorganizzazione ed efficientamento delle attività ambulatoriali	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali e degli spazi (incluse ALPI e televisita) B) monitoraggio incremento attività con segnalazione scostamenti e indicazioni correttive C) attivazione percorso donna in menopausa D) attivazione PAC osteoporosi In collaborazione con la UOC Poliambulatori	A) riorganizzazione del 70% delle agende e riorganizzazione spazi per garantire l'incremento del valore della produzione vs 2021 > 10% B) monitoraggio e azioni correttive C) definizione e attivazione percorso D) attivazione PAC osteoporosi	DSA	A) riorganizzazione 70% agende B) report monitoraggio e azioni correttive C) percorso donna in menopausa definizione entro il 31/07/2022; D) attivazione dal IV trimestre 2022 D) attivazione PAC osteoporosi dal 01/06/2022	10	A) obiettivo condiviso con UUOO sanitarie B) obiettivo condiviso con ostetricia e endocrinologia e diabetologia C) obiettivo condiviso con endocrinologia e diabetologia obiettivo modificato dal DS 27/05/2022
UOSD GESTIONE OPERATIVA	1.3 - Governo Liste d'Attesa e ALPI	1.3.2 - attività ambulatoriali gestione liste di attesa	Rispetto disposizioni regionali in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali in collaborazione con UOC Poliambulatori	monitoraggio periodico indicatori regionali e azioni correttive con i Dipartimenti interessati - report trimestrale a UUOO e DSA su liste di attesa ambulatoriali	ICT.RL	SI	5	
UOSD GESTIONE OPERATIVA	1.4 - Efficacia ed Appropriata Organizzativa	1.4.8 - Bed Management e sovraccollamento PS	dimissioni facilitate da PS del paziente all'AMBULATORIO SPECIALISTICO PRIORITARIO PER DIMESSI DA PS Maxillo, Plastico, Neurochirurgico, Ortopedico, ORL, Urologico, Chirurgico, Neurologico, Oculistico, Pediatrico.- in collaborazione con UOC MUPS e le singole UO coinvolte, attivare da maggio posti visita prioritari per pazienti dimessi da PS, tali da garantire accesso ambulatoriale entro 5 gg da quello di PS. La ricetta dematerializzata viene prodotta dal medico MUPS e lo sportello presso il PO S Giovanni consente la prenotazione prima di lasciare l'ospedale dopo l'accesso di PS (in orario notturno e festivo, con sportello CUP chiuso, MUPS invia @ al UOSD Gestione Operativa la ricetta dematerializzata con recapito pz e il back office dell'UOSD Gestione Operativa comunica al paziente l'appuntamento al mattino successivo)	- attivare il percorso per tutte le specialità che possono ricorrere per dimettere da PS pazienti con ricoveri evitabili entro il 31 maggio 22, in collaborazione con UOC MUPS - assicurare dal 1 giugno la ricetta dematerializzata e l'invio del paziente allo sportello CUP presso PS S.Giovanni nelle ore feriali diurne e l'invio @ della ricetta con recapito del paziente al back office CUP nelle ore notturne/festive per fissare l'appuntamento al mattino successivo - assicurare la corretta calibratura nel tempo delle visite da dedicare allo scopo secondo media accessi x specialità di questa tipologia da PS per la valutazione mensile di eventuali aggiustamenti necessari alle agende, gestite da UOSD Gestione Operativa	SIAS	SI	5	OBBIETTIVO CONDIVISO CON UOC MUPS e UO coinvolte per ambulatori prioritari x PS di Maxillo, Plastico, Neurochirurgico, Ortopedico, ORL, Urologico, Chirurgico, Neurologico, Oculistico, Pediatrico, (sostituisce la precedente organizzazione dell'ambulatorio detto post-DEA con utilizzo di un numero telefonico dedicato, che si può dimettere dal 1 giugno)
UOSD GESTIONE OPERATIVA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.2 - gestione codici bianchi	gestione codici bianchi, ritiro referti, mancata fruizione prestazione definizione di una procedura di organizzazione gestione e controllo per l'esazione delle tariffe per codici bianchi, referti non ritirati e mancata presentazione alla fruizione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica in collaborazione con UOC MUPS, UOC ICT e UOC Poliambulatori	procedura e avvio operatività	pubblicazione sul sito istituzionale	SI entro 1 luglio 2022 procedura e avvio dal 1 luglio operatività	10	obiettivo condiviso con UOC MUPS e ICT e UOC Poliambulatori
UOSD GESTIONE OPERATIVA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.4 - gestione prestazioni eseguite in prepedalizzazione non seguite da ricovero	definizione di una procedura di organizzazione gestione e controllo per l'esazione delle tariffe per prestazioni eseguite in preH in pz non ricoverati	procedura e avvio operatività	pubblicazione sul sito istituzionale	SI entro luglio 2022 procedura e avvio dal 1 settembre operatività	10	obiettivo condiviso con UOC Anestesia operatoria e preH
UOSD GESTIONE OPERATIVA	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg 90% 11 e 30 gg ragg 75% 31 e 60 gg ragg 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	5	
UOSD GESTIONE OPERATIVA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.5 - tracciabilità prestazioni	tracciabilità prestazioni eliminazione perdite aziendali dovute a mancata registrazione prestazioni richieste all'UOC Anatomia Patologica	verificare e assicurare che ad ogni determinazione di istologia/citologia corrisponda una richiesta ambulatoriale, completare la registrazione per flusso SIAS e assicurarsi dell'avvenuta fatturazione da parte del Bilancio di prestazioni per strutture esterne (es. HPV)	Controllo di gestione	100% delle prestazioni per utenti non ricoverati	5	obiettivo inserito da DS 27/05/2022 obiettivo condiviso con UOC economico finanziaria
UOSD GESTIONE OPERATIVA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.7 - ottimizzazione degli acquisti di laboratorio	ottimizzazione dei processi produttivi; utilizzo del servizio stipula convenzioni, con avvio immediato di obbligo di N.O. da parte del Direttore UOC Patologia Cl.su ogni prestazione richiesta a strutture esterne	documento proposto al DSA su internalizzazione di esami necessari non effettuati oggi in Azienda e/o proposta di convenzionamento con strutture esterne per effettuati, completo di analisi costo beneficio circa le scelte interno/esterno e le strutture con cui convenzionarci eventualmente	DMPO x verifica di N.O. UOC Pat Cl su ogni esame di laboratorio richiesto a esterno; DSA su invio della proposta	SI consegna documento entro 31 luglio 22	5	obiettivo inserito da DS 27/05/2022 obiettivo condiviso con UOC patologia clinica
UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.17 - garantire efficienza, sicurezza e sostenibilità al percorso aziendale chirurgico	attivare, in collaborazione con le UUOO chirurgiche coinvolte, un percorso ambulatoriale specifico per pazienti che hanno necessità di stabilizzare/equilibrare patologie croniche es. diabetologiche/endocrinologiche/nutrizionali/reumatologiche etc. in vista di un intervento chirurgico programmato, nell'ambito del PERCORSO AMBULATORIALE DI PRERICOVERO CHIRURGICO, creando disponibilità per visite dedicate della specialità coinvolte, antecedenti all'accesso di preH (in caso di mancata necessità le visite saranno, con meccanismo di liberabilità, erogate come 1 visite CUP dalle UO cliniche coinvolte)	attivazione e avvio del percorso di prericovero chirurgico	SIAS e RIOD Percorso Chirurgico	percorso preH attivazione entro 31/05/2022 avvio entro 01/06/2022	5	obiettivo inserito da DS 27/05/2022 in collaborazione con UUOO CH
UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte	RSPP/formazione	SI	5	vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio

UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.4 - Flussi Informativi	3.4.7 - flusso prestazioni IN e OUT	mesa a punto della procedura informatica per le prestazioni IN e OUT monitoraggio mensile delle prestazioni IN e OUT in collaborazione con la UOC ICT	monitoraggio mensile	report	Si a decorrere dalla operatività prevista per giugno della piattaforma informatica	5	
UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.4 - Flussi Informativi	3.4.2 - coerenza flusso ambulatoriale	Monitoraggio e recupero errori impegnativi SIAS in collaborazione con UOSD sistemi informativi	scarti SIAS/totale inviati	flusso ambulatoriale	inferiore ad 1%	10	
UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.2 - potenziamento attività in Telemedicina	Implementare attività di Telemedicina per presa in carico e follow up ambulatoriale	AOSGA +10% vs 2021	SIS	AOSGA +10% vs 2021	5	obiettivo inserito DS 27/05/2022 obiettivo condiviso con le UOOG sanitarie e telemedicina
UOSD GESTIONE OPERATIVA	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate AOSGA/ n. tot ricette AOSGA	ICT	90% di prescrizioni informatizzate sul totale delle ricette Fatta eccezione per le ricette di prestazioni e farmaci per i quali la ricetta dematerializzata non è ancora attivata ed eventuali interruzioni dovute a cause esterne (Regione)	10	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	in collaborazione con la UOC Economico Finanziaria A) rispetto del concordamento stabilito anno 2022 B) monitoraggio mensile CE con eventuali segnalazioni precontamento e azioni correttive	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 di competenza	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	SI	20	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale), sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	15	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.2 - Gestione RUP e DEC	predisposizione linee guida sintetiche per il rispetto del budget e tempi liquidazione in collaborazione con le RIOD, la UOC Economico Finanziaria e patrimoniale e UOC Gestione e Sviluppo tecnologie - delle attività del RUP e del DEC ai fini del rispetto del budget e dei tempi di liquidazione fatture per gli ambiti di competenza	linee guida sintetiche rispetto budget e tempi liquidazione	Direzione strategica UOC Economico finanziaria e patrimoniale	linee guida settembre 2022 rispetto budget e tempi liquidazione	20	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	3.4 - Flussi Informativi	3.4.1 - anagrafica dispositivi	Corretta alimentazione dell'anagrafica dei dispositivi medici secondo quanto disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'11 Giugno 2010 (Inserimento CND e Codice di Repertorio)	applicazione disciplinare MINSALUTE 2010 per la compilazione dell'anagrafica dispositivi	UOC Farmacia/ UOC Programmazione e controllo	SI nessuno scarto in SIGES	5	obiettivo inserito da DS 27/05/2022
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.2 - qualificare il comfort alberghiero dei degenzi attivando la scelta personalizzata del menu prevista dal servizio appaltato in essere	redigere un progetto entro il 1 semestre, applicarlo sperimentalmente in 1 UO di degenza medica e 1 chirurgica entro il 3 trimestre e applicarlo in tutte le degenze dal 1 ottobre, in collaborazione con UOSD nutrizione Clinica	progetto redatto entro il 31 maggio, applicato in 2 UO dal 1 giugno, applicato in tutte le degenze dal 1 ottobre	DMPO	progetto redatto entro il 31 maggio, applicato in 2 UO dal 1 giugno, applicato in tutte le degenze dal 1 ottobre	5	obiettivo inserito da DS 27/05/2022
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	3.3 - Percorsi Attuativi della Certificabilità	3.3.1 - adeguamento sistema controlli interni - PAC	aggiornamento/adeguamento PAC di competenza in collaborazione con controllo interno	aggiornamento/adeguamento PAC di competenza	pubblicazione sul sito istituzionale	SI entro l'anno	10	
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.11 - Efficientamento degli interventi strutturali - Project Office	partecipazione ai tavoli di Project office per garantire la tempestività, secondo le priorità individuate, degli acquisti di beni e la fornitura dei servizi di competenza per i singoli interventi, in collaborazione con la UOC conservazione e valorizzazione PIE, UOC gestione e sviluppo delle tecnologie, UOSD Ingegneria Clinica, RIOD, UOSD ICT e DMPO I reparti devono essere operativi entro 10 gg fine lavori	partecipazione lavori Project office	Project Office	SI - reparti operativi entro 10 gg fine lavori	15	obiettivo modificato su indicazioni DG 02/05/2022
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	definizione del BEP annuale coordinamento mensile dei gestori di spesa per il monitoraggio del CE con segnalazioni delta per gestire ed eventuali segnalazioni di precontamento e individuazione di azioni correttive	AOSGA (valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 monitoraggio mensile CE per la Direzione strategica con relazione su eventuali azioni correttive	Bilancio annuale/CE relazioni/Direzione strategica	SI	30	
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale), sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	5	
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.2 - Gestione RUP e DEC	collaborazione con RIOD, UOC ABS, UOC Gestione e Sviluppo tecnologie, per il coordinamento delle attività di RUP e DEC ai fini del rispetto del budget e dei tempi di liquidazione fatture per gli ambiti di competenza	rispetto budget e tempi liquidazione	Direzione strategica UOC Economico finanziaria e patrimoniale	rispetto budget e tempi liquidazione	15	

UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.5 - tracciabilità prestazioni	tracciabilità prestazioni eliminazione perdite aziendali dovute a mancata registrazione prestazioni richieste all'UOC Anatomia Patologica verifica della esistenza e registrazione per flusso SIAS delle richieste per CIASCUNA delle prestazioni erogate dall'UOC su richiesta di altre UOZO aziendali ad esclusione di quella per ricoverati (es. biopsie in esami endoscopici, pap test ambulatoriali, esami istologici su chirurgia ambulatoriale etc.)	verificare e assicurare che ad ogni determinazione di istologia/citologia corrisponda una richiesta ambulatoriale, completare la registrazione per flusso SIAS e assicurarsi dell'avvenuta fatturazione da parte del Bilancio di prestazioni per strutture esterne (es. HPV)	Controllo di gestione	100% delle prestazioni per utenti non ricoverati	5	obiettivo inserito da DS 27/05/2022 in collaborazione con UOSD gestione operativa
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	3.3 - Percorsi Attivativi della Certificabilità	3.3.1 - adeguamento sistema controlli interni - PAC	aggiornamento/adeguamento PAC di competenza con particolare rif cespiti, inventario e ciclo attivo (anche contabilità separate) in collaborazione con controllo interno	aggiornamento/adeguamento PAC di competenza	pubblicazione sul sito istituzionale	SI entro l'anno	10	in collaborazione con controllo interno
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	3.9 - Razionalizzazione attività ALPI	3.9.1 - Implementazione contabilità separata ALPI	definizione della procedura per un sistema di contabilità separata ALPI in collaborazione con l'Ufficio ALPI con UOC Programmazione e Controllo	procedura per un sistema di contabilità separata ALPI	pubblicazione sul sito istituzionale	procedura per un sistema di contabilità separata ALPI entro settembre 2022	10	
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazioni	3.5.1 - formazione in materia di contabilizzazione costi	armonizzazione contabilizzazione costi formazione dirigenti in materia di contabilizzazione dei costi	organizzazione corso formazione diretto ai dirigenti sulla contabilizzazione dei costi	UOSD Formazione	organizzazione corso entro settembre 2022	5	
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.10 - aggiornamento regolamenti	3.8.10 - aggiornamento regolamenti	regolamento	pubblicazione sul sito istituzionale	regolamento maggio 2022	10	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	in collaborazione con la UOC Economico Finanziaria A) rispetto del concordamento stabilito anno 2022 B) monitoraggio mensile CE con eventuali segnalazioni precostamento e azioni correttive	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 di competenza	UOC Economico finanziaria e patrimoniale/CE	SI	15	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.2 - PNRR	Investimenti - pianificazione e realizzazione degli interventi, efficientamento della fase di realizzazione finanziamenti PNRR rispetto delle tempistiche di avvio previste dal piano finanziari	PNRR rispetto delle tempistiche di avvio previste dal Piano finanziari	documentazione	PNRR rispetto cronoprogramma	10	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale), sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEG afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg 90% 11 e 30 gg ragg 75% 31 e 60 gg ragg 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	15	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.4 - cronoprogramma lavori	rispetto del cronoprogramma condiviso con la Direzione Strategica dei lavori da realizzare per le fasi di progettazione, gara, realizzazione	realizzazione degli interventi con N.O. tecnico alla attivazione delle relative attività nei tempi previsti dal cronoprogramma	documentazione	100% di rispetto del cronoprogramma con 5% di aumento del risultato conseguito in caso di anticipo di almeno 1 mese sulle tempistiche previste di realizzazione/attivazione	25	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.13 - presentazione della SCIA	presentazione della SCIA II livello entro il 31/12/2022	SCIA II livello	SCIA II livello	entro il 31/12/2022	10	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.11 - Efficientamento degli interventi strutturali - Project Office	partecipazione ai tavoli di Project office per garantire la tempestività, secondo le priorità individuate, degli acquisti di beni e la fornitura dei servizi di competenza per i singoli interventi. In collaborazione con la UOC acquisizione beni e servizi, UOC gestione e sviluppo delle tecnologie, UOSD Ingegneria clinica, RIOD, UOSD ICT e DMPO i reparti devono essere operativi entro 10 gg fine lavori	partecipazione lavori Project office	Project Office	SI - reparti operativi entro 10 gg fine lavori	15	
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	A) monitoraggio mensile (CE) del costo complessivo per il personale anno 2022 B) monitoraggio mensile dello straordinario analitico per UOZO con eventuali segnalazioni precostamento e azioni correttive C) monitoraggio mensile analitico dei fondi ai fini del rispetto dei limiti contrattuali D) definizione quota max dello straordinario autorizzabile per il comparto delle professioni sanitarie	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2021 di competenza tutto il personale	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	SI	30	
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.3 - gestione lunghe assenze	monitoraggio e verifica dei periodi di comporta e di lunga assenza in collaborazione con medici competenti finalizzati all'invio del dipendente in lunga assenza alle ulteriori verifiche obiettivo condiviso con DPADA	monitoraggio e report sintetico mensile alla Direzione Strategica	report	SI	5	
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	10	

UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.14 - efficientamento fruizione ferie	monitoraggio delle ferie residue per evitare la fruizione oltre i 18 mesi successivi alla conclusione dell'anno di maturazione (dgs 66/2003)	monitoraggi mensili ferie residue	tabulati NOIPA	monitoraggio mensile ferie residue finalizzato alla fruizione entro i 18 mesi successivi l'anno di maturazione esaurimento ferie residue entro i 18 mesi successivi l'anno di maturazione	5	obiettivo condiviso con DPS
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.4 - Flussi Informativi	3.4.5 - flussi CUG	fornitura dati per rispetto normativa	invio report semestrali con dati richiesti annualmente dal CUG mediante la compilazione delle tabelle richieste	CUG	SI	10	obiettivo inserito indicazioni DG 14/04
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.24 - gestione rapporti con le OOSS	A) predisposizione procedure con definizione delle relative tempistiche per i riscontri/tempestivi alle istanze delle OOSS B) monitoraggio del rispetto delle tempistiche	procedure	pubblicazione sul sito istituzionale	procedure definite entro maggio 2022 monitoraggio trimestrale rispetto tempistiche	25	
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.32 - rinnovo CCNL allineamento regolamento/accordi	predisposizione del 10% dei regolamenti / accordi previsti dal nuovo CCNL entro 3 mesi dalla sottoscrizione dello stesso	predisposizione regolamenti/accordi	DA	10% predisposto entro 3 mesi rinnovo CCNL	5	
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.10 - aggiornamento regolamenti	aggiornamento e adeguamento dei regolamenti di disciplina delle aree della dirigenza e del comparto	regolamenti Area Dirigenza e Area Comparto	pubblicazione sul sito istituzionale	31/05/2022	5	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.25 - Implementazione Registro dei Trattamenti	Completamento del Registro dei Trattamenti e applicazione della normativa sulla privacy in collaborazione con il DPO monitoraggio delle tempistiche di riscontro del DPO alle richieste avanzate dagli uffici ed eventuali interventi correttivi	Registro dei Trattamenti monitoraggio tempistiche riscontri DPO e interventi correttivi	Registro dei Trattamenti monitoraggi mensili	SI	25	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.28 - miglioramento della funzione di protocollo nell'assegnazione degli atti	distribuzione/assegnazione congrua e tempestiva della documentazione in arrivo al protocollo	definizione criteri di distribuzione assegnazione della documentazione in arrivo al protocollo fissati in una procedura specifica approvata dalla direzione strategica	direzione strategica	100% distribuzione/assegnazione corretta e tempestiva rilevata dalla direzione strategica a seguito di controlli a campione effettuati	15	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.10 - aggiornamento regolamenti	revisione/aggiornamento regolamenti/procedure in materie di privacy e accesso civico	regolamento/procedure	pubblicazione sul sito istituzionale	regolamento e procedure revisionate/aggiornate entro settembre 2022	10	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.9 - Razionalizzazione attività ALPI	3.9.2 - Riorganizzazione ed efficientamento delle attività ALPI	revisione regolamento ALPI e relative procedure attuative	A) regolamento revisionato B) procedure attuative	pubblicazione sul sito istituzionale	giugno 2022	20	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.9 - Razionalizzazione attività ALPI	3.9.1 - Implementazione contabilità separata ALPI	collaborazione con la UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale e la UOC Programmazione e Controllo per la definizione della procedura per un sistema di contabilità separata ALPI	procedura per un sistema di contabilità separata ALPI	pubblicazione sul sito istituzionale	procedura per un sistema di contabilità separata ALPI entro settembre 2022	20	
UOC AFFARI GENERALI E GESTIONE AMMINISTRATIVA ALPI	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.8 - assicurazione sulla responsabilità professionale	documento di analisi finalizzato alla verifica della normativa per la predisposizione di un capitolato di gara per un contratto assicurativo sulla responsabilità professionale	documento di analisi	direzione strategica	settembre 2022	15	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	10	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	2.7 - Gestione dei contenziosi	2.7.1 - Anagrafica sinistri	In collaborazione con il CVS Revisione e rivalutazione annuale di tutti i sinistri ai fini della rivalutazione del fondo rischi	Documento di analisi	direzione strategica	documento di analisi entro il 31/12/2022	10	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.2 - formazione in materia di contenziosi	ricognizione con aggiornamento trimestrale del contenzioso in essere con evidenzia delle tipologie maggiormente incidenti per aree proposte di un piano formativo rivolto al personale (uffici/RUP e DEC) sulla base dei contenziosi proposti	ricognizione con aggiornamento trimestrale del contenzioso in essere proposta piano formativo	Direzione strategica	ricognizione con aggiornamento trimestrale del contenzioso in essere (per tipologia/area) alla Direzione strategica entro settembre 2022 proposta piano formativo entro dicembre alla Direzione strategica/formazione	15	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.27 - Miglioramento del processo di gestione del contenzioso	Efficientamento del processo di gestione del contenzioso mediante l'organizzazione di riunioni con cadenza settimanale del CVS	report mensile	Direzione strategica	SI	20	
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.20 - Anagrafica contenzioso	catalogazione per macroargomenti del contenzioso degli ultimi 5 anni in collaborazione con la UOC ABS, la UOC Politiche del personale e GRU e la UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie con finalità di prevenzione del contenzioso	catalogazione del contenzioso degli ultimi 5 anni	direzione strategica	settembre 2022	20	
UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.1 - Valorizzazione del Patrimonio storico aziendale - Decoro	coordinamento delle attività finalizzate all'implementazione / mantenimento del decoro ambientale in ambito aziendale, in raccordo con la IOD e in collaborazione con UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie, UOC ABS, UOSD ICT, DMPPO	resoconti biestrali con proposte di miglioramento/proposte correttive a fronte di eventuali criticità	SI		20	
UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.3 - Valorizzazione del Patrimonio immobiliare - razionalizzazione e ottimizzazione della segnaletica	ricognizione della segnaletica aziendale, verifica dell'adeguatezza rispetto alla dislocazione delle attività e della coerenza per l'orientamento degli stake holders interni ed esterni con proposte di adeguamento/miglioramento; collaborazioni con DMPPO, URP e UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie e RIOD decoro	documento stato dell'arte documento proposte definitive	Direzione strategica	stato arte con evidenza eventuali proposte migliorative settembre 2022 dicembre 2022 relazione con proposte definitive	20	
UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.2 - Valorizzazione del Patrimonio immobiliare - Adeguamenti Catastali	adeguamento/completamento della mappatura catastale dell'AOSGA	documentazione catastale: aggiornamento di tutte le strutture aziendali	DA/documentazione attestante accatastamento	accatastamento entro dicembre 2022 con relazione	15	

UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale), sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	5	
UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.11 - Efficientamento degli interventi strutturali - Project Office	coordinamento lavori di Project Office con gli uffici competenti per l'allineamento delle tempistiche di esecuzione dei lavori, e, secondo le priorità individuate, della fornitura di beni e servizi, e di accreditamento per singolo intervento, in collaborazione con la UOC gestione e sviluppo delle tecnologie, UOC Acquisizione beni e servizi, UOSD Ingegneria clinica, RIOD, UOSD ICT e DMPO I reparti devono essere operativi entro 10 gg fine lavori	relazioni bimestrali con proposte di correzione a fronte di eventuali criticità	Direzione strategica	SI - reparti operativi entro 10 gg fine lavori	30	obiettivo modificato su indicazioni DG 02/05/2022
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	5	
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.2 - SMVPI	proposta di adeguamento dei SMVPI per la presentazione ai sindacati	SMVPI ipotesi di accordi decentrati		SMVPI a settembre 2022	10	prima era 20
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.4 - Flussi Informativi	3.4.8 - gestione e implementazione COAN	Applicazione del sistema di contabilità analitica regionale - secondo i tempi della regione	Applicazione del sistema di contabilità analitica regionale - secondo i tempi della regione	indicazioni regionali	rispetto indicazioni regionali	10	
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.4 - Flussi Informativi	4.4.10 - monitoraggio performance - report attività	aggiornamento mensile sui dati di attività con indicatori	report mensili di attività con indicatori alla Direzione strategica	DWH	SI	25	PRIMA 25
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.4 - Flussi Informativi	3.4.5 - flussi CUG	supporto nella redazione dei dati che afferiscono alle risorse umane e che sono parte integrante della relazione sulla performance collaborazione con la UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale e l'Ufficio ALPI per la definizione della procedura per un sistema di contabilità separata	fornitura dati	CUG	SI	5	obiettivo inserito indicazioni DG 14/04
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.9 - Razionalizzazione attività ALPI	3.9.1 - Implementazione contabilità separata ALPI	allineamento COAN COGE separata		UOC Economico finanziaria e patrimoniale	allineamento COGE COAN entro il 31/12/2022	25	
UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3.10 - Performance aziendale	3.10.1 - gestione ciclo della performance	monitoraggio periodico degli obiettivi di performance organizzativa assegnati	monitoraggi	Direzione strategica	monitoraggi mensili a far data dal II semestre per la produzione semestrali obiettivi organizzativi	10	inserito 04/05 indicazione DG
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.7 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio - DVR	valutazione dei rischi per la sicurezza, secondo le tempistiche della normativa vigente (90gg nuova attività, 30 gg dalle causali) verificando che tutte le attività lavorative in Azienda siano state analizzate con DVR aggiornati nel tempo e garantire la stesura di DVR prima dell'anno/ modifica ambienti attività preesistenti	DVR	Direzione strategica	invio alla Direzione per la ratifica dei DVR predisposti prima dell'inizio attività modifiche previste entro 30 gg dai verificarsi delle causali (salve modifiche urgenti notificate alla UOSD)	5	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.8 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio aggiornamento utilizzo spazi aziendali	aggiornare e notificare ai gestori degli spazi aziendali le specifiche destinazioni d'uso dei locali fruiti, al fine di disporre di planimetrie corrispondenti all'uso reale e di verificare l'adeguata corrispondenza tra strutture, impianti e attività svolta	sopralluoghi per l'aggiornamento di quanto effettuato lo scorso anno, congiunti con UOC Gestione e sviluppo tecnologie e DMPO per verificare sul posto la corrispondenza effettiva delle planimetrie aggiornate, fornite dalla UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie, e la reale attuale destinazione d'uso dei locali	DSA	invio alla DSA delle planimetrie tempestivamente aggiornate, sia per struttura che per destinazione d'uso, con contestuale notifica delle stesse a ciascun responsabile di UOOC entro il 30/12/22	5	obiettivo condiviso con UOC manutenzione edile e DMPO
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.11 - controllo ambientale	utilizzare i campionamenti microbiologici e partecellari per ottimizzare il controllo ambientale e intervenire per ripristino delle non conformità coordinando gli interventi necessari di tutte le UO coinvolte	n. campionamenti	relazione ditta	campionamento 25 Sns30 e note alla Direzione strategica con gli interventi successivi effettuati	5	giugno dicembre
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.9 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio - sicurezza COVID	coordinamento gestione sicurezza misure legate al COVID	relazione stato arte e misure	Direzione strategica	relazione entro giugno e fine anno	5	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.12 - problematiche rilevate da RLS	coordinamento gestione problematiche rilevate da RLS con predisposizione di risposte e verifica dell'attuazione delle misure correttive da parte uffici competenti	report trimestrale	report	report trimestrale alla direzione strategica	10	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.10 - aggiornamento deleghe SSSL	revisione delle deleghe in materia di SSSL, coerentemente con la normativa vigente	revisione deleghe validate da DG	DG	revisione deleghe validate DG entro 30 gg dalla pubblicazione del nuovo atto aziendale	5	inserito 14/04 indicazione DG

UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.8 - benessere organizzativo	indagine sul benessere organizzativo concordata con la Direzione strategica	realizzazione indagine concordata con Direzione strategica predispone report di sintesi realizzazione evento presentazione risultati	RPCT/Direzione strategica	predispone del progetto concordato con la Direzione strategica entro settembre realizzazione entro l'anno dell'indagine realizzazione evento per la divulgazione dei risultati al personale e stakeholders entro l'anno	5	in collaborazione con il Dr. Gaspa
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.4 - Flussi Informativi	3.4.9 - stress correlato	report sullo stress correlato trasmesso al CUG distinto per genere richiesti dal CUG	report sullo stress correlato	CUG	report sullo stress correlato distinti per genere richiesti dal CUG	5	inserito 14/04 indicazione DG
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.4 - Flussi Informativi	3.4.3 - database personale con limitazioni	creazione di un database dinamico relativo al personale con limitazioni organizzato per profili	database	database operativo	database personale con limitazioni operativo entro 30 giugno	5	inserito 17/05 indicazione DG
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.4 - formazione in materia di sicurezza sul lavoro	completamento formazione antincendio e sicurezza lavoro a tutto il personale dipendente entro il 2022 obiettivo condiviso con la UOSD formazione e DPS/UOC DAI	% personale obbligato formato entro l'anno	UOSD Formazione	100% dipendenti obbligati per l'antincendio 100% dipendenti obbligati per sicurezza	10	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.23 - gestione personale non abile alle funzioni specifiche	tempestiva segnalazione all'ufficio risorse umane finalizzata all'invio della commissione verifica personale non abile alle funzioni specifiche	tempestiva comunicazione	UOC Politiche del Personale e GRU	SI	10	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.19 - gestione del personale con limitazioni	ricognizione del personale con limitazioni Relazione trimestrale sulle limitazioni del personale per categorie con indicazioni operative espresse in relazione al profilo di riferimento da inviare alla UOC Politiche del Personale e GRU e al DPS	relazione trimestrale	Direzione strategica/UOC Politiche del personale/DPS	relazione trimestrale	5	
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.19 - gestione del personale con limitazioni	verifica in tempo reale della puntuale presentazione a visita dei lavoratori secondo le rispettive scadenze di legge, con azioni conseguenti verso il responsabile di UO di afferenza del dipendente eventualmente inadempiente all'invito della sorveglianza sanitaria	relazione mensile % personale sottoposto a visita	Direzione strategica/UOC Politiche del personale	relazione mensile 100% personale previsto sottoposto a visita	10	modifica richiesta DG 27/06/2022
UOSD SICUREZZA E SALUTE AMBIENTI DI LAVORO (RSPP e Medicina del lavoro)	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.31 - valutazione dei fattori di rischio con riferimento alle mansioni	valutazione dei fattori di rischio per il personale prescritto non ancorato esclusivamente al posto di provenienza / destinazione al fine di consentire una assegnazione non condizionata da indicazioni limitate previa richiesta al DPS di conferma posto luogo di lavoro	idoneità legata alle mansioni e non con riferimento alla UO di assegnazione	procedure	SI	10	
UOSD ICT	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	in collaborazione con la UOC Economico Finanziaria A) rispetto del concordamento stabilito anno 2022 B) monitoraggio mensile CE con eventuali segnalazioni prescostamento e azioni correttive	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 di competenza	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	SI	20	
UOSD ICT	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	10	
UOSD ICT	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte vigilanza sulla sorveglianza sanitaria individuazione referente del rischio	RSPP/formazione	SI	5	
UOSD ICT	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD ICT	3.4 - Flussi Informativi	3.4.7 - flusso prestazioni IN e OUT	messaggio a punto della procedura informatica per le prestazioni IN e OUT in collaborazione con la UOSD Gestione Operativa	predispone di un documento descrittivo del flusso con definizione della procedura operativa; avvio della nuova procedura informatica per la gestione richieste e validazioni delle prestazioni in convenzione; definizione e programmazione di ulteriori interventi di miglioramento del flusso;	Direzione Amministrativa	procedura operativa entro settembre 2022	10	
UOSD ICT	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.5 - formazione sulla Cyber Security	proseguimento della formazione sulla sicurezza informatica	personale formato in materia di sicurezza informatica	UOSD Formazione	SI entro fine anno	10	
UOSD ICT	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.6 - formazione informatica	formazione informatica a vari livelli per i dipendenti AOSGA: piano formativo avvio formazione	piano formativo avvio e realizzazione piano formativo	UOSD Formazione	piano formativo entro giugno 2022 avvio erogazione formazione settembre 2022	10	
UOSD ICT	3.4 - Flussi Informativi	3.4.6 - flusso percorso chirurgico	progettazione e reingegnerizzazione del percorso chirurgico in linea con le indicazioni della Direzione Sanitaria	predispone di un documento descrittivo del percorso; messa a punto della cartella elettronica di prefi; messa a punto di procedure informatiche di gestione liste d'attesa; definizione e programmazione di ulteriori interventi innovativi di miglioramento del percorso; definizione di indicatori di performance;	Direzione Sanitaria	procedura operativa entro dicembre 2022	10	
UOSD ICT	3.7 - Digitalizzazione	3.7.3 - digitalizzazione radiologia	aggiornamento del sistema RIS/PACS con interventi di miglioramento del flusso di distribuzione delle immagini e dei referti verso i reparti e i pazienti	definizione di un progetto di aggiornamento del sistema RIS/PACS; avvio della nuova procedura informatica per la gestione delle immagini radiologiche; aggiornamento del sistema di distribuzione immagini ai reparti; realizzazione portale WEB per scarico referti da parte dei pazienti;	UOC Diagnostica per immagini	entro il 31/12/2022	10	
UOSD ICT	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	supporto tecnico per i processi di digitalizzazione: prescrizione informatizzata (supporto alla UOSD Gestione Operativa e UOC Poliambulatori)	supporto tecnico per la digitalizzazione delle prescrizioni informatizzate postazioni predisposte supporto tecnico finalizzato al raggiungimento del 70% delle prescrizioni digitalizzate	UOSD Gestione operativa	SI entro giugno supporto tecnico on demand	10	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	in collaborazione con la UOC Economico Finanziaria A) rispetto del concordamento stabilito anno 2022 B) monitoraggio mensile CE con eventuali segnalazioni prescostamento e azioni correttive	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 di competenza	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	SI	20	

UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.5 - incremento del ricorso agli acquisti di tecnologie in conto capitale	piano di sostituzione dei costi di noleggio con finanziamenti in conto capitale	piano	piano presentato alla Direzione strategica	piano entro il 30/09/2022	10	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.2 - PNRR	investimenti - pianificazione e realizzazione degli interventi, efficientamento della fase di realizzazione	ricognizione interventi previsti dal PNRR (tecnologie) rispetto delle tempistiche comunicate	documentazione	100%	10	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	2.4.3 - finanziamento conto capitale	investimenti - pianificazione e realizzazione degli interventi, efficientamento della fase di realizzazione	ricognizione procedure rispetto tempistiche di cui ai documenti regionali	documento ricognizione pubblicazione sul sito aziendale	documento ricognizione a Direzione Strategica conclusione procedure acquisto secondo tempistiche di cui a documenti regionali	10	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	2.6 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	2.6.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate alla riduzione o al mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg	L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	TEMPI DI PAGAMENTO compresi fra: 1 e 10 gg ragg. 90% 11 e 30 gg ragg. 75% 31 e 60 gg ragg. 50% nessun riconoscimento se - ritardi > 60 gg - mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo - mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2022, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività"	20	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.6 - Realizzazione di misure per il contenimento del rischio	Attuazione ed aderenza alle attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	partecipazione del personale alle iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte	RSPP/formazione	SI	5	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.7 - formazione sul buon uso delle attrezzature	organizzazione formazione personale sanitario sul buon uso attrezzature piano formativo avvio formazione	piano formativo avvio e realizzazione piano formativo	UOSD Formazione	piano formativo entro giugno 2022 avvio erogazione formazione settembre 2022 % formato entro l'anno 50% degli operatori interessati 2022 (100% 2023)	10	
UOSD INGEGNERIA CLINICA E HTA	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.13 - efficientamento della gestione delle attrezzature tecnologiche	efficientamento della gestione delle attrezzature tecnologiche mediante l'attribuzione ad un unico referente dell'intero processo.	ricognizione delle tecnologie gestite in azienda in collaborazione con UOC gestione e sviluppo delle tecnologie presa in carico di tutte le attrezzature	documento ricognizione alla Direzione sanitaria documento presa in carico tecnologie alla Direzione sanitaria	ricognizione entro settembre presa in carico entro il 30/09/2022	10	
UOC DMPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.8 - Bed management tempestività delle consulenze interne ai ricoverati (che devono essere tutte tracciate su sistema informatizzato)	Monitorare l'erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali urgenti ai ricoverati prima possibile e cmq entro 6-12 ore, e quelle non urgenti entro 24-48h (in caso il consulente richiedesse esami strumentali che è in grado di erogare l'UO del consulente, deve parimenti effettuare gli esami richiesti ai ricoverati entro le medesime 24-48h dalla richiesta di consulenza, al fine di non ritardare il percorso di ricovero del paziente e la degenza media del ricovero).	valutare il n. consulenze interne/prestazioni strumentali ai ricoverati urgenti erogate entro 12 h sul totale delle consulenze urgenti richieste dalle UOUO; e il n. consulenze/prestazioni non urgenti erogate entro 24-48h sul totale consulenze non urgenti richieste dalle UOUO nel periodo	Monitoraggio trimestrale inviato a UOUO e DSA a cura della DMPO, in collaborazione con ICT	1 monitoraggio a trimestre a decorrere dal 2 trim entro il 15 del mese successivo al trimestre (entro15 luglio, 15 ottobre, e 15 genn 23 per l'anno 2022)	20	obiettivo assegnato circa le consulenze reciproche a tutte le UOUO, su obbligo di registrazione e tempestiva di erogazione
UOC DMPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.2 - Evitare il Blocco ambulanze in PS	porre in essere tutte le azioni necessarie ad evitare il Blocco (dal reperimento barelle alle altre azioni di Bed management, in collaborazione con la UOC MUPS e la RIOD di Bed management- condividere il report blocco ambulanze con SIS)	Nessuna segnalazione di Blocco da ARES 118 e Regione Lazio	SIS	0 giornate con blocco 45 nel 2 semestre equivale al 100% obiettivo; >30% di giornate con Blocco equivale non raggiungimento obiettivo	10	Obiettivo condiviso con UOC MUPS+ DAI x RIOD Bed management
UOC DMPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.35 - vigilanza e monitoraggio liste d'attesa per ricovero	vigilare sulla corretta gestione delle liste d'attesa da aprte dei responsabili di UO	Incontri e comunicazioni ai responsabili di UO sul corretta gestione delle liste d'attesa, verifica pulizia liste e report trimestrale sulle attese inviato ai responsabili UO e DSA	DSA	verifica a campione a rotazione sulle liste d'attesa di UO circa la pulizia delle liste e la corretta attribuzione classe priorità, con segnalazione scritta di eventuali inadempienze e mancata tempestività di gestione pc a DSA report trimestrale entro il 10 del mese successivo al trimestre (10 luglio, 10 settembre e 10 gennaio) sul numero pz in attesa x classi, attese del pz più datato e n. scaduti x classe ord e DH	10	
UOC DMPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.33 - verifica degli obiettivi negoziati con le UOUO chirurgiche circa l'attività di CO	monitoraggio per ogni UO degli obiettivi negoziati. 1 paziente in sala alle 8.30 per inizio seduta (< 10%) - occupazione > 90% del tempo assegnato tutto il ricondizionamento - nessun rinvio interventi programmati (< 5%) e monitoraggio del tempo di ricondizionamento per ciascun BO	report a DSA trimestrale	DSA	report a decorrere da ottobre per il 3 trimestre con monitoraggio del totale dei parametri negoziati	10	condiviso dal Nucleo di monitoraggio attività operatoria (SIS e Ing. Clinica x Carmen D'Anna)
UOC DMPO	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.14 - verifica dell'implementazione delle competenze dei medici	verifica dell'implementazione delle competenze dei medici delle UO con importanti attività operative (chirurgie, endoscopie, emodinamica, radiologia interventistica)/verifica sui registri di sala del numero e tipologia di interventi effettuati trimestralmente dai medici in dotazione all'UO	report da inviare ai responsabili di UO e DSA trimestralmente con le risultanze del monitoraggio	DSA	report trimestrale entro il 20 del mese successivo al trimestre (20 luglio, 20 settembre e 20 gennaio) sul numero di interventi per operatore registrati nel trimestre	10	
UOC DMPO	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOC DMPO	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.6 - documentazione clinica online	attivazione consegna documentazione clinica online per l'utenza	totale consegne online/totale consegne (online+sportello)	AREAS	2022 40%	5	obiettivo in collaborazione con DPO e ICT
UOC DMPO	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.34 - Efficientamento degli interventi strutturale - autorizzazione all'esercizio delle aree ristrutturare	partecipazione alla Commissione Aziendale per le ristrutturazioni (CAR) e seguito di azione proattiva nel perfezionare la documentazione necessaria a pervenire tempestivamente all'autorizzazione all'esercizio nei nuovi ambienti in concomitanza con il fine lavori, in relazione alla ASL preposta al rilascio del N.O.	invio domanda di autorizzazione a Regione e ASL invio tempestivo di ogni integrazione richiesta dalla ASL	DSA	rispetto della tempestività di invio ad ASL e Regione entro fine lavori e invio tempestivo di ogni integrazione entro 1 settimana dalla richiesta	10	
UOC DMPO	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.1 - Valorizzazione del Patrimonio storico aziendale - Decoro	collaborazione con la UOC conservazione valorizzazione patrimonio e con UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie, UOC ABS, UOSD ICT, in accordo con la IOD, per le attività finalizzate all'implementazione / mantenimento del decoro ambientale in ambito aziendale	resocenti bimestrali con proposte di miglioramento/proposte correttive a fronte di eventuali criticità	Direzione strategica	SI	10	condiviso con DPS per

UOC DMPO	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.3 - Valorizzazione del Patrimonio Immobiliare - razionalizzazione e ottimizzazione della segnaletica	collaborazione con UOC conservazione valorizzazione del patrimonio, URP e UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie e RIOD decoro per la ricognizione della segnaletica aziendale, verifica dell'adeguatezza rispetto alla dislocazione delle attività e della coerenza per l'orientamento degli stakeholders interni ed esterni con proposte di adeguamento/miglioramento;	documento stato dell'arte documento proposte definitive	Direzione strategica	stato arte con evidenza eventuali proposte migliorative settembre 2022 dicembre 2022 relazione con proposte definitive	10	
UOSD FORMAZIONE DIDATTICA RICERCA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.4 - formazione in materia di sicurezza sul lavoro	completamento formazione antincendio e sicurezza lavoro a tutto il personale dipendente entro il 2022 obiettivo condiviso con la UOSD SSSL e DPS/UOC DAI	% personale obbligato formato entro l'anno	completamento formazione	100% dipendenti obbligati per l'antincendio 100% dipendenti obbligati per sicurezza	30	
UOSD FORMAZIONE DIDATTICA RICERCA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.4 - formazione in materia di sicurezza sul lavoro	completamento formazione radioprotezione personale esposto al rischio obiettivo condiviso con la UOSD fisica medica	completamento formazione radioprotezione	completamento formazione	100% formazione personale esposto al rischio radioprotezione entro l'anno	30	obiettivo inserito da DG 23/06/2022
UOSD FORMAZIONE DIDATTICA RICERCA	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD FORMAZIONE DIDATTICA RICERCA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.10 - presentazioni piano azioni positive	organizzazione corso formazione per Diretori di UOC per presentazioni piano obiettivi in collaborazione con CUG	corso formazione previsto nel piano 2022	corso formazione realizzazione entro l'anno	SI	5	
UOSD FORMAZIONE DIDATTICA RICERCA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.9 - anagrafe formazione	realizzare una anagrafe degli eventi formativi fruiti da ogni dipendente, sia intraziendale sia per iniziative personali esterne, sia come discente sia come docente comprensiva della ricognizione dei crediti ecm personale sanitario	implementazione entro l'anno	Direzione strategica	anagrafe formazione entro l'anno	15	
UOSD FORMAZIONE DIDATTICA RICERCA	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.11 - implementazione competenze	coadiuvare i responsabili UO sanitarie ad organizzare ed accreditare ECM meeting interni all'UO o meglio interdisciplinari per condividere i percorsi clinici e per acquisire crediti ECM	implementazione entro l'anno	Direzione strategica	corsi accreditati svolti nel 60% delle UO sanitarie entro dic 2022, coinvolgendo l'80% del personale sanitario dell'UO	15	
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	verifica obiettivi monitorati da PREVALE/PNE monitoraggio interno all'Azienda degli obiettivi di esiti monitorati da PREVALE/PNE e negoziati con le UUOO, per una misura dell'andamento prima ancora dei dati monitorati da Regione/Ministero/Agenas	report trimestrale alle UUOO e DSA dell'andamento degli obiettivi di esito, compreso il numero della casistica e il loro monitoraggio per operatore	Direzione Strategica	1 monitoraggio a trimestre a decorrere dal 2 trim entro il 15 del mese successivo al trimestre (entro 15 luglio, 15 ottobre, e 15 genn 23 per l'anno 2022)	15	
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.38 - verifica andamento dei dati informativi ospedalieri	analisi dei dati informativi ospedalieri relativi ai ricoveri (dimessi, degenza media, peso medio, %occupazione pi, extraregione)	report trimestrale alle UUOO e DSA dell'andamento dei ricoveri ordinari e diurni	Direzione Strategica	1 monitoraggio a trimestre a decorrere dal 2 trim entro il 20 del mese successivo al trimestre (entro 10 luglio, 10 ottobre, e 10 genn 23 per l'anno 2022)	20	
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.36 - verifica percorsi inappropriati di ricovero ordinario, DH e ambulatoriale	analisi dei dati informativi complessivi e valutazione delle attività a rischio di inappropriately con report al DSA con modifiche di percorso da attivare per normalizzare le criticità	report alla DSA sui casi su cui intervenire con relative proposte di modifica di percorso	DSA	report a decorrere da luglio per quanto emerge nel 1 semestre, e a seguire analisi dei dati di ciascun mese successivo - entro dic 22 eliminazione e verifica adeguamento da parte delle UO dei percorsi inappropriati ancora esistenti	20	
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.33 - verifica degli obiettivi negoziati con le UUOO chirurgiche circa l'attività di CO	monitoraggio per ogni UO degli obiettivi negoziati. 1 paziente in sala alle 8.30 per inizio seduta (< 10%) - occupazione < 80% del tempo assegnato tutto il riondizionamento - nessun rinvio interventi programmati (< 5%) e monitoraggio del tempo di riondizionamento per ciascun BO	report a DSA trimestrale	DSA	monitoraggio: 9 maggio - 9 giugno 20 giugno - 27 luglio 2 settembre - 2 ottobre	20	condiviso dal Nucleo di monitoraggio attività operatoria (DMPO e Ing. Clinica x Carmen D'Anna)
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	3.4 - Flussi Informativi	3.4.2 - coerenza flusso ambulatoriale	monitoraggio e recupero errori impegnativi SIAS in collaborazione con UOSD Gestione operativa	scarti SIAS/totale inviati	flusso ambulatoriale	inferiore ad 1%	10	
UOSD SISTEMI INFORMATIVI, EPIDEMIOLOGICO-STATISTICI VALUTAZIONE ESITI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.37 - miglioramento accuratezza della codifica delle prestazioni erogate nell'episodio di ricovero	aumentare la capacità di codificare correttamente gli episodi di ricovero e valorizzare le prestazioni erogate nell'episodio di ricovero; coadiuvare la formazione all'utilizzo del grouper di nuova acquisizione e implementazione dal mese di luglio presso le UUOO chirurgiche e dal mese di ottobre presso le UUOO mediche con monitoraggio, per arrivare a dicembre 22 al completo e ottimale utilizzo dello strumento da parte di tutte le UUOO	report a DSA sulle fasi di implementazione	DSA	completamento a dicembre della formazione e pieno utilizzo da parte di tutte le UUOO	10	
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.4 - Contenimento del rischio clinico - audit casi complessi TIPO	attivare, su segnalazione del responsabile TIPO, audit su casi complessi a degenza protratta in TIPO con partecipazione del Rischio clinico	100% audit su casi complessi	UOSD Rischio Clinico	SI	10	obiettivo condiviso con UOSD TIPO e UO CHIRURGICHE
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - Contenimento del rischio clinico (FMEA)	Coadiuvare l'individuazione proattiva di una attività interna all'UO (percorsi, procedure etc.) caratterizzante e frequente nel lavoro dell'UO, e sua analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema prestabilito e condiviso con l'UOSD Rischio Clinico e i facilitatori del rischio clinico; Tale analisi deve coinvolgere la maggior parte degli operatori dell'UO, sia medici sia delle professioni sanitarie, ed è propedeutica alla mappatura del rischio.	SI/NO - 1 attività FMEA entro il 31/12/22 relazionata/condivisa con UOSD Rischio Clinico da aprte di ogni UO clinica aziendale	UOSD Rischio Clinico	SI	5	obiettivo condiviso con le UUOO cliniche aziendali
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.2 - Contenimento del rischio clinico (M&M)	coadiuvare l'effettuazione di almeno 1 meeting interno all'UO per l'analisi delle attività cliniche svolte utilizzando la metodologia M&M (Mortality and Morbidity), svolto con l'ausilio dei facilitatori del rischio dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, con invio del verbale al Rischio Clinico	SI/NO - 1 meeting a bimestre (4 entro fine anno)	UOSD Rischio Clinico	SI	5	obiettivo condiviso con le UUOO cliniche aziendali
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.3 - Contenimento del rischio clinico - audit	effettuare almeno 1 audit entro fine anno su una criticità organizzativa occorsa o su una attività a rischio di criticità, da effettuarsi unitamente alla Responsabile dell'UOSD Rischio Clinico, con intento di formazione e condivisione per tutto il personale dell'UO, medico e delle professioni sanitarie, affinché sia utile a condividere la metodologia e lo strumento dell'audit aziendale, con invio del verbale alla DSA	SI/NO - 1 audit con Rischio Clinico entro fine anno	DSA	SI	20	obiettivo condiviso con le UUOO sanitarie aziendali
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.16 - valutazione del contenzioso	reportistica bimestrale sul numero/tipologia dei contenziosi emersi con confronto della loro entità rispetto agli anni e bimestri precedenti per analisi dell'andamento per UO	report bimestrale alla Direzione Strategica + relazione sulle maggiori criticità rilevate e proposte di intervento operativo/formativo per il loro superamento	Direzione Strategica	SI	15	
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.15 - perfezionamento degli obiettivi del PARS	azione proattiva per perfezionare gli obiettivi deliberati nei tempi previsti	perfezionamento obiettivi PARS	Direzione Strategica	100%	30	
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	5	
UOSD RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.12 - completamento formazione facilitatori rischio clinico	mappatura del grado di partecipazione per UUOO dei facilitatori del rischio ai corsi effettuati per 100% copertura di dipendenti formati in ogni UUOO, anche tenendo conto delle mobilità nel frattempo intervenute	completamento formazione di tutti i facilitatori per ciascuna UO aziendale entro novembre 22	Direzione Strategica	100%	10	
Dipartimento professioni sanitarie	2.4 - Ottimizzazione degli acquisti ed investimenti e PNNR	2.4.8 - ottimizzazione della verifica di esecuzione dei contratti	predisposizione in collaborazione con la UOC ABS di linee operative da condividere con i DEC sui meccanismi di verifica della corretta esecuzione dei contratti mediante l'elaborazione di schede di monitoraggio mensili da condividere con tutti i RIOP interessati collaborazione con i Rip e coordinamento dei DEC dei servizi sanitari ai fini del rispetto del budget dei tempi di liquidazione fatture per gli ambiti di competenza RIOD operation manager dell'area servizi	linee operative schede di monitoraggio mensile rispetto budget e tempi liquidazione	UOC ABS UOC Economico finanziaria e patrimoniale UOC farmacia	linee operative schede di monitoraggio mensile rispetto budget e tempi liquidazione rispetto budget e tempi liquidazione	7	

Dipartimento professioni sanitarie	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	definizione percorso pre/post parto	definizione del percorso pre/post parto e attivazione ambulatorio per controlli neonato 1° anno di vita	documento con percorso pre/post parto ambulatorio per controlli neonato 1° anno di vita attivato	DSA/SIS/Gestione Operativa	definizione percorso pre/post parto attivazione ambulatorio per controlli neonato 1° anno di vita 31 luglio percorso 1 settembre attivo	5	
Dipartimento professioni sanitarie	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	efficientamento fruizione ferie	monitoraggio delle ferie residue per evitare la fruizione oltre i 18 mesi successivi alla conclusione dell'anno di maturazione (dgs 66/2003)	monitoraggi mensili ferie residue	tabulati NOIPA	monitoraggio mensile ferie residue finalizzato alla fruizione entro i 18 mesi successivi l'anno di maturazione e esaurimento ferie residue entro i 18 mesi successivi l'anno di maturazione	5	obiettivo condiviso con politiche del personale
Dipartimento professioni sanitarie	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.4 - formazione in materia di sicurezza sul lavoro	completamento formazione antincendio e sicurezza lavoro a tutto il personale dipendente entro il 2022	% personale obbligato formato entro l'anno	report personale formato a direzione strategica	100% personale formato	5	
Dipartimento professioni sanitarie	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.11 - ricognizione del personale del comparto sanitario	Ricognizione di tutto il personale sanitario, ausiliari e oss suddiviso per tutti i setting (compreso quello ambulatoriale, tamponi, punti prelievo, ecc) con evidenza di pl, turnazioni, personale fuori qualifica, personale part time e personale con limitazioni rispetto alle turnazioni, finalizzato alla valutazione degli emandati standard Agenas e contestuale rapporto analitico rispetto standard attualmente vigenti nella regione Lazio per le degenze sulla base dei criteri di accreditamento	ricognizione entro il 31/07/2022	Direzione strategica	ricognizione entro il 31/07/2022	7	
Dipartimento professioni sanitarie	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.11 - ricognizione del personale del comparto sanitario	documento di analisi con revisione del personale operante in turni h 6 ed h 12, con elenco delle unità che potrebbero essere spostate in turni h12/h24 (previo reinvio a visita da parte del medico competente) in quanto collocate temporaneamente in turni h6/h 12 ed ivi confermate a prescindere da un successivo accertamento di idoneità verso altre destinazioni	documento di analisi	Direzione strategica	documento di analisi entro il 31/08/2022	7	
Dipartimento professioni sanitarie	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.12 - aggiornamento dinamico dotazioni organiche	aggiornamento delle dotazioni organiche ogni 2 mesi	aggiornamento dotazioni organiche ogni 2 mesi	Direzione strategica	aggiornamento ogni 2 mesi	10	
Dipartimento professioni sanitarie	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.4 - efficientamento turnazione del personale del comparto	Proposta di turni notturni/festivi che potrebbero essere ottimizzati per tutte le professioni sanitarie e personale di supporto(compresi tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, ostetriche, oss, ausiliari) (minimo 6 turni) sulla base dei carichi di lavoro, finalizzato al recupero di risorse	proposta turni notturni/festivi	Direzione strategica	15 settembre presentazione proposta	7	
Dipartimento professioni sanitarie	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.3 - gestione lunghe assenze	monitoraggio e verifica dei periodi di comportamento e di lunga assenza in collaborazione con medici competenti finalizzati all'invio del dipendente in lunga assenza alle ulteriori verifiche	monitoraggio e report sintetico alla Direzione Strategica	Direzione strategica	report entro il 31 agosto 2022	5	
Dipartimento professioni sanitarie	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	organizzazione delle attività e gestione del personale di competenza finalizzato alla riduzione del ricorso allo straordinario ed al contenimento dello stesso all'interno del Fondo di competenza, secondo la quota attribuita dalla UOC Politiche del personale	riduzione dello straordinario all'interno del Fondo di competenza secondo la quota attribuita dalla UOC politiche del personale	UOC politiche del personale	n. ore anno €194748,37	5	
Dipartimento professioni sanitarie	1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.11 - ricognizione del personale del comparto sanitario	ricognizione del personale sanitario che svolge funzioni amministrative, finalizzato all'eventuale proposta di passaggio di qualifica	relazione sulla ricognizione	Direzione strategica	ricognizione entro il 30/07/2022	7	
Dipartimento professioni sanitarie	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.11 - implementazione competenze	organizzare ed accreditare ECM corsi interni creazione database corsi con evidenza corsi individuali ECM (in collaborazione con UOSD formazione) organizzazione di almeno 2 corsi specifici per OOSS entro l'anno (RIOD formazione)	corsi ECM interni database corsi	UOC formazione	corsi accreditati svolti entro dic 2022, database operativo entro settembre e costantemente aggiornato 2scorsi per OOSS	5	
Dipartimento professioni sanitarie	2.5 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.5.3 - Valorizzazione del Patrimonio immobiliare - razionalizzazione e ottimizzazione della segnaletica	ricognizione della segnaletica aziendale, verifica dell'adeguatezza rispetto alla dislocazione delle attività e della coerenza per l'orientamento degli stakeholders interni ed esterni con proposte di adeguamento/miglioramento; collaborazione con DMPS, UOC conservazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare, UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie (RIOD decoro)	documento stato dell'arte documento proposte definitive	Direzione strategica	stato arte con evidenza eventuali proposte migliorative settembre 2022 dicembre 2022 relazione con proposte definitive	5	
Dipartimento professioni sanitarie	1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.5 - indicatori di esito e processi in assistenza infermieristica e nelle professioni sanitarie	elaborazione, applicazione e valutazioni indicatori di qualità di esito e di processo dell'assistenza infermieristica e delle altre professioni sanitarie	indicatori di qualità di esito e di processo dell'assistenza infermieristica e delle altre professioni sanitarie	SIS/DSA	indicatori di qualità di esito e di processo dell'assistenza infermieristica e delle altre professioni sanitarie	7	
Dipartimento professioni sanitarie	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	3	
Dipartimento professioni sanitarie	2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.1 - economicità della gestione del personale	Progetto centralizzazione delle funzioni comuni del personale di supporto con evidenza delle ottimizzazioni realizzate in termini di unità di personale RIOD coordinamento personale di supporto	Progetto ottimizzazione risorse umane in termini di minori unità coinvolte	Direzione strategica	Progetto entro 30/09/2022	10	
UOC DAI	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.11 - implementazione competenze	organizzare l'aggiornamento/formazione on the job degli infermieri di CO affinché siano tutti in grado di strumentare con piena funzionalità in caso di emergenza/urgenza - monitoraggio delle competenze e mobilità del personale non idoneo a strumentare per raggiungere l'obiettivo di garantire nel numero e nelle competenze gli strumentisti di sala necessari anche per l'implementazione in corso delle attività chirurgiche elettive	aggiornamento/formazione on the job degli infermieri di CO	Direzione Strategica	entro dicembre 22 nessun infermiere del BO non idoneo a strumentare	10	
UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	riorganizzazione delle attività nei BO per raggiungere gli obiettivi strategici fissati - incremento attività BO (operation manager percorso CH)	turni SO h12/24 composti da personale in grado strumentare avvio percorso interscambiabilità di base strumentisti nei BO in numero adeguato alle sedute operatorie attive	Direzione Strategica	turni SO h12/24 composti da personale in grado strumentare avvio percorso interscambiabilità di base strumentisti nei BO in numero adeguato alle sedute operatorie attive	12	
UOC DAI	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.11 - implementazione competenze	effettuare sopralluoghi a rotazione da parte del Direttore DAI presso le UOOS (min 1 ogni 2 settimane, a cominciare dalle UOOS presso cui sono emerse criticità da parte dell'utenza e/o delle altre figure professionali) durante le attività ordinarie di uno dei tre turni, per verificare l'adeguatezza delle procedure assistenziali in uso e la necessità di implementare le competenze adottando le misure organizzative opportune per elevare il livello dell'assistenza e uniformarlo con implementazione della qualità complessiva dei servizi erogati in Azienda presso tutte le UOOS	report bimestrale alla Direzione Strategica, a decorrere dal 10 agosto per il monitoraggio competenze giugno-luglio, dei sopralluoghi effettuati e delle iniziative conseguenti adottate	Direzione Strategica	almeno 3 report x 6 UO entro dicembre	10	
UOC DAI	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.11 - implementazione competenze	learning by doing per il personale infermieristico check list base per la verifica delle competenze (lettura cartella clinica, comunicazione con i parenti, conservazione farmaci e dispositivi...)	check list verifica competenze a campione	Direzione strategica	check list con verifica a campione competenze su 50% personale	5	
UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.2 - Evitare il Blocco ambulanze in PS	porre in essere tutte le azioni necessarie ad evitare il Blocco (dal reperimento barelle alle altre azioni di Bed management, in collaborazione con la UOC MUPS condividere il report blocco ambulanze con SIS)(RIOD di Bed management)	Nessuna segnalazione di Blocco da ARES 118 e Regione Lazio	SIS	0 giornate con blocco 45' nel 2 semestre equivale al 100% obiettivo; >30% di giornate con Blocco equivale non raggiungimento obiettivo	5	Obiettivo condiviso con UOC MUPS+ DAI x RIOD Bed management

UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.11 - Efficientamento degli interventi strutturali - Project Office	partecipazione lavori del tavolo di Project Office con gli uffici competenti per l'allineamento delle template di esecuzione dei lavori, e, secondo le priorità individuate, della fornitura di beni e servizi, e di accreditamento per singolo intervento, in collaborazione con la UOC gestione e sviluppo delle tecnologie, UOC Acquisizione beni e servizi, UOSD Ingegneria clinica, RIOD, UOSD ICT e DMPO RIOD decoro I reparti devono essere operativi entro 10 gg fine lavori	partecipazione lavori Project office programmazione del fabbisogno di piccole attrezzature ed arredi sanitari	Project Office	SI - reparti operativi entro 10 gg fine lavori	10	
UOC DAI	1.5 - Umanizzazione delle cure	gestione percorsi pz post ambulatoriale e dimissione	prenotazione e indicazione percorso successivo da parte personale infermieristico per i pz che escono da visita ambulatoriale o dimessi da ricovero	prenotazione e indicazione percorso successivo da parte personale infermieristico per i pz che escono da visita ambulatoriale o dimessi da ricovero	gestione operativa	100% pz	20	
UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.21 - sistema di gestione della qualità	avvio di un sistema di gestione della qualità in ottica lean RIOD quality and safety manager	gestione qualità lean	DSA	gestione qualità lean almeno in 2 strutture	5	
UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.5 - efficientamento utilizzazione sale operatorie per interventi programmati mediante tempestivo avvio delle sedute elettive	ingresso in tutte le sala attive del pz entro le 8.30 per l'avvio degli interventi chirurgici	ingresso in sala pz oltre le 8.30/ tot sedute assegnate	NdM	≤ 10%	5	obiettivo condiviso con tutte le UO chirurgiche / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.29 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie per interventi elettivi	pieno utilizzo degli spazi operatori assegnati alle UUOO chirurgiche per interventi elettivi	T(ricondizionamento)	NdM	T ricondizionamento 20 minuti	5	obiettivo condiviso con tutte le UO chirurgiche / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC DAI	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.6 - ottimizzazione programmazione e dell'utilizzo delle sale operatorie assegnate alle UUOO chirurgiche - evitare disagi al paziente e peggiori esiti da rinvio interventi per disagi organizzativi	evitare il rinvio degli interventi programmati con paziente già preparato all'intervento (esclusi i rinvii da motivi clinici contingenti) procedendo a concludere la seduta programmata mediante utilizzo della équipe anestesiologicala/infermieristica preposta alle urgenze differite 20-8	n. interventi rinviati/ n. interventi programmati	NdP	≤ 5%	10	obiettivo condiviso con UOC anestesia operatoria / DPS x RIOD percorso chirurgico/ RIOP dei reparti CH e dei BO
UOC DAI	3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%	3	