

obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Descrizione	Indicatore	Fonte Dati	Risultato Atteso	Peso Obiettivo	%	punteggio raggiunto
1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - efficientamento attività	Ottimizzazione del case mix e dell'accuratezza di codifica SDO	Peso Medio DRG	SIS	2022 > best result triennio precedente	353	93%	328
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%	419	82%	344
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 UUOO 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	20	100%	20
1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.4 - sviluppare la cultura della donazione organi	Sensibilizzazione sulle tematiche della donazione di organi aumento trapianti autologhi	n. osservazioni donazioni tessuti per allotrapianto/n. decessi lesioni cerebrali acuti > 18 trapianti autologhi nel 2022	SIS	2022 >67 % 2020	20	100%	20
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, indicando 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	100%	25
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, internisti, 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 dignotica 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 isura 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 trim 21 (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	100%	15
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 > 2021	145	85%	123
1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale	INDICATORI PREVALE	indicatori PREVALE	SIS/Prevale	INDICATORI PREVALE	178	90%	161
1.2 - Qualità ed esito delle cure	1.2.3 - ottimizzare il ricorso alla partoanalgesia	ottimizzare il ricorso alla partoanalgesia e l'ambulatorio relativo > proporzione dei parti con partoanalgesia e aumento attività ambulatorio partoanalgesia	n. parti con partoanalgesia/ totale parti x 100 (esclusi i cesarei)	SIS/ RIOD percorso chirurgico	> 10% vs 2021 dei parti con analgesia (50% obiettivo) > 30% visite ambulatorio partoanalgesia vs 2021 comprese 1 visite su recup (50% obiettivo)	10	100%	10
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 Monitoraggio e verifica "alert" per i microrganismi MDR (Multidrug Resistant)	report semestrale alle UUOO sorveglianza di laboratorio alert organism per area 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 n. "alert" inviati per microrganismi MDR/ n. microrganismi MDR isolati	DSA/ICT Open LIS	invio alle UUOO e pubblicazione in intranet del 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 100%	15	100%	15
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 valutazione 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	100%	7
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	106	67%	71
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 UOSD gestione operativa	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	30	100%	30
1.3 - Governo Liste d'Attesa 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 UUOO, Direzione Aziendale e UOSD gestione operativa con n prestazioni effettuate da ogni UO in istituzionale e ALPI	DSA	4 report trimestrali	20	100%	20

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	2022<2021	46	78%	36
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	42	68%	29
1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.3 - efficiente utilizzo Posti letto	efficiente utilizzo Posti letto	tasso occupazione PL	SIS	2022 > 90%	179	66%	117
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 quesito 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	40	100%	40
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 e RIOD Bed Management	- occupazione > 95% pl in predimissione - dimissione dei pazienti sempre di sabato e domenica nel 90% dei festivi da maggio in poi	35	100%	35
1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.6 - COAN gestione anagrafiche	Aggiornamento tempestivo delle anagrafiche dei beni di competenza	% scarti anagrafica	UOC Programmazione e Controllo	=0	5	0%	0
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	100%	10
1.4 - Efficacia ed Appropriatezza 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 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 @ 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	Gestione operativa	SI	15	100%	15
1.4 - Efficacia ed Appropriatezza Organizzativa	1.4.9 - sicurezza ed efficienza galenica	predispore manuale di procedure per 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	100%	10
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 redistribuzione dei prositti eccedenti tra UUOO	almento 1 verbale mese inviato a DMPO	DMPO	si	10	100%	10
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 emanandi standard Agenas e contestuale rapporto analitico rispetto standard attualmente vigenti nella regione Lazio per le degenze sulla base dei criteri di accreditamento 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 destinazione ricognizione del personale sanitario che svolge funzioni amministrative, finalizzato all'eventuale proposta di passaggio di qualifica obiettivo condiviso con UOC Politiche del personale	ricognizione entro il 31/07/2022 documento di analisi relazione su ricognizione	Direzione strategica	ricognizione entro il 31/07/2022 documento di analisi entro il 30/08/2022 ricognizione entro il 30/07/2022	21	100%	21
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	100%	10

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	45	100%	45
1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.2 - qualificare il comfort alberghiero dei degenti 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 portare a concreta realizzazione entro il 1 giugno la previsione del servizio appaltato, 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 UOC Provveditorato	progetto redatto entro il 31 maggio, applicato in 2 UO dal 1 giugno, applicato in tutte le degenze dal 1 ottobre progetto attivato entro il 1 giugno, 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	14	100%	14
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	SI/NO	Gestione Operativa	attivato e operativo con continuità a decorrere dal 2 maggio 2022	16	100%	16
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.)	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 esposti utenti circa mancanza di informazione	>95%	119	99,96%	119
1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.5 - dimissioni facilitate per paziente geriatrico verso Ambulatorio/DH geriatrico	codividere una procedura di invio del paziente geriatrico che può evitare il ricovero da PS verso DH/Ambulatorio in collaborazione con l'UOC di Geriatria	SI/NO - procedura redatta e pubblicata sul sito entro 31/8 e operatività dal 3 quadrimestre dell'anno	RIOD Qualità per pubblicazione e SIS	SI	10	100%	10
1.5 - Umanizzazione delle cure	1.5.6 - 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	73%	15
risultato finale						2010		1740 86,57

obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Descrizione	Indicatore	Fonte Dati	Risultato Atteso	Peso Obiettivo	%	punteggio raggiunto
2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - Rispetto Concordamento anno 2022	A) rispetto del concordamento stabilito anno 2022 B) monitoraggio mensile CE con eventuali segnalazioni precostamento e azioni correttive avvio della procedura di cui alla determina RL n. G10495 obiettivi n. 3 e n. 4 endoprotezi vascolari e cardiache rispetto del budget assegnato	(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati) / valore complessivo dei costi concordati 2022 di competenza procedura verifica prezzo acquisto attivazione procedure diminuzione prezzi secondo le % e valore medio nazionale indicati e determina affidamento rispetto budget	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	100%	258	100%	258
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	20	75%	15
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%	10	100%	10
2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.4 - gestione prestazioni eseguite in preospedalizzazione 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 OBIETTIVO STERILIZZATO PER MOTIVI TECNICI	0		0
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'UOC 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	35	100%	35
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	100%	10
2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.6 - 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	set-22	15	100%	15
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%	352	98%	344
2.2 - Governo della spesa per il Personale e ottimizzazione della Gestione	2.2.2 - ottimizzazione delle risorse anestesilogiche 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 emergenze) / ore tot anestesisti di sala operatoria - presso tutti i BO aziendali escluso emergenze 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 OBIETTIVO STERILIZZATO PER MANCANZA DATI	0		0
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 obiettivo condiviso con UOC Politiche del personale	monitoraggio e report sintetico alla Direzione Strategica	report/Direzione strategica	report entro il 31 agosto 2022	10	85%	9
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	100%	7
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) 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	2022-2021	338	97%	328
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	93%	5
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 finanziamenti	PNRR rispetto delle tempistiche di avvio previste dal Piano finanziamenti	documentazione/Direzione strategica	PNRR rispetto cronoprogramma	20	100%	20
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 conclusioni delle procedure di acquisto dei beni di cui ai finanziamenti in conto capitale esecutivi in base ai documenti regionali	ricognizione procedure rispetto tempistiche di cui ai documenti regionali	Direzione strategica	documento ricognizione pubblicazione sul sito aziendale documento ricognizione a Direzione Strategica conclusione procedure acquisto secondo tempistiche di cui a documenti regionali	10	100%	10

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/Direzione strategica	100% di rispetto del cronoprogramma	25	60%	15
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	Direzione strategica	piano presentato alla Direzione strategica entro il 30/09/2022	10	100%	10
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	100%	10
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 Ci.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 effettuarli, 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 Ci su ogni esame di laboratorio richiesto a esterno; DSA su invio della proposta	Si consegna documento entro 31 luglio 22	10	100%	10
2.4 - Ottimizzazione degli Acquisti ed Investimenti e PNRR	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 Rup e coordinamento del 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	100%	7
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, DMPO	resoconti bimestrali con proposte di miglioramento/proposte correttive a fronte di eventuali criticità	Direzione strategica	Si	30	100%	30
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	DIREZIONE AMMINISTRATIVA/documentazioni e attestante accatastamento	accatastamento entro dicembre 2022 con relazione	15	100%	15
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 (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	50	78%	39
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"	95	100%	95
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 coordinamento in collaborazione con le RIOD, la UOC Economico Finanziaria e patrimoniale e UOC Gestione e Sviluppo tecnologie - delle attività dei RUP e dei 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	35	100%	35
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	100%	10

risultato finale

1387

1341
96,66

obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Descrizione	Indicatore	Fonte Dati	Risultato Atteso	Peso Obiettivo	%	punteggio raggiunto
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	141	84%	118
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	124	80%	99
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	167	90%	151
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	38	100%	38
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 SPFR di eventuali criticità da risolvere in tema di radioprotezione operatori e a Resp. Rischio Clinico per problematiche pazienti	SPFR 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	100%	15
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/UOSD Formazione/CCICA	SI	70	100%	70
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 dal verificarsi delle causali (salve modifiche urgenti notificate alla UOSD)	5	100%	5
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 DMPQ 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 UO entro il 30/12/22	5	100%	5
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	100%	5
3.1 - Sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.10 - aggiornamento deleghe SSL	revisione delle deleghe in materia di SSL, 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	100%	5
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	100%	5
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/Direzione strategica	report trimestrale alla direzione strategica	10	100%	10
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/Direzione strategica	entro il 31/12/2022	10	0%	0
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 OBIETTIVO CASSATO REPORT NON ELABORATO	0		0

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	67%	20
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	100%	15
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%	101	100%	101
3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.2 - SMVPI	proposta di adeguamento del SMVPI per la presentazione ai sindacati	SMVPI ipotesi di accordi decentrati	Direzione strategica	SMVPI a settembre 2022	10	100%	10
3.2 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione e Performance e Accountability Privacy	3.2.3 - monitoraggio performance - report attività	aggiornamento mensile sui dati di attività con indicatori	report mensili di attività con indicatori alla Direzione strategica	DWH	SI	25	100%	25
3.3 - Percorsi Attuativi della Certificabilità	3.3.1 - adeguamento sistema controlli interni - PAC	aggiornamento/adequamento PAC di competenza con particolare rif cespiti, inventario e ciclo attivo (anche contabilità separate) in collaborazione con controllo interno	aggiornamento/adequamento PAC di competenza	pubblicazione sul sito istituzionale	SI entro l'anno	20	0%	0
3.4 - Flussi Informativi	3.4.1 - anagrafica dispositivi	FLUSSO CONSUMI corretta alimentazione dell'anagrafica dei dispositivi medici secondo quanto disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'11 Giugno 2010 e Determina RL G10495 del 04/08/2022 (Inserimento CND e Codice di Repertorio)	applicazione disciplinare MINSALUTE 2010 per la compilazione dell'anagrafica dispositivi e determina RL G10495 obiettivo 2 e obiettivo 1	ICT/ UOC Programmazione e controllo	SI nessuno scarto in SIGES determina obiettivo 1 peso No_RDM NO-CND sulla spesa aziendale <13,65 determina obiettivi 2 risoluzione anomalie segnalate da Regione entro 30 gg relazionando su procedura adottata	31	100%	31
3.4 - Flussi Informativi	3.4.2 - coerenza flusso ambulatoriale	Monitoraggio e recupero errori impegnative SIAS in collaborazione con UOSD sistemi informativi	scarti SIAS/totale inviati	flusso ambulatoriale/ICT	inferiore ad 1%	20	100%	20
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	100%	5
3.4 - Flussi Informativi	3.4.4 - eliminazione scarti flusso farmaci FileF e innovativi	verifica correttezza del flusso FileF e farmaci innovativi con riscontro tra farmaci utilizzati e rimborsi regionali iscritti a bilancio nell'anno di competenza	rimborsi regionali	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	0 errori = 100% rimborsi regionali	10	100%	10
3.4 - Flussi Informativi	3.4.5 - flussi CUG	fontitura e supporto nella redazione dei dati previsti dalla normativa	fornitura dati e supporto elaborazione	CUG	SI	15	100%	15
3.4 - Flussi Informativi	3.4.6 - flusso percorso chirurgico	progettazione e reingegnerizzazione del percorso chirurgico in linea con le indicazioni della Direzione Sanitaria	predisposizione di un documento descrittivo del percorso; messa a punto della cartella elettronica di preH; 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;	DSA	procedura operativa entro dicembre 2022	10	100%	10
3.4 - Flussi Informativi	3.4.7 - flusso prestazioni IN e OUT	messa a punto della procedura informatica per le prestazioni IN e OUT in collaborazione con la UOSD Gestione Operativa	predisposizione 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; monitoraggio mensile	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	procedura operativa entro settembre 2022 monitoraggio mensile	15	100%	15
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	100%	10
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	100%	5
3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	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	100%	5
3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.2 - formazione in materia di contenziosi	ricognizione con aggiornamento trimestrale del contenzioso in essere con evidenza delle tipologie maggiormente incidenti per aree proposta 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/aree) alla Direzione strategica entro settembre 2022 proposta piano formativo entro dicembre alla Direzione strategica/formazione	15	100%	15
3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.3 - formazione continua sulla malnutrizione 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 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	UOSD Formazione per corso Richio 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	100%	15

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 SSLL e DPS/UOC DAI	% personale obbligato formato entro l'anno	UOSD Formazione	100% dipendenti obbligati per l'antincendio 100% dipendenti obbligati per sicurezza	125	80%	100
3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.5 - formazione sulla Cyber Security	prosecuzione della formazione sulla sicurezza informatica	personale formato in materia di sicurezza informatica	UOSD Formazione	SI entro fine anno	10	100%	10
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	100%	10
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	100%	10
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 predisposizione report di sintesi realizzazione evento presentazione risultati	RPCT/Direzione strategica	predisposizione 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 OBIETTIVO STERILIZZATO	0		0
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 docente sia come docente comprensiva della ricognizione dei crediti ecm personale sanitario	implementazione entro l'anno	Direzione strategica	anagrafe formazione entro l'anno	15	100%	15
3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.10 - presentazioni piano azioni positive	organizzazione corso formazione per Direttori di UOC per presentazioni piano azioni positive obiettivo in collaborazione con CUG	corso formazione previsto nel piano 2022	UOSD Formazione corso formazione realizzazione entro l'anno	SI OBIETTIVO STERILIZZATO DAL CUG	0		0
3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.11 - implementazione competenze	organizzare l'aggiornamento/formazione on the job degli infermieri di CO 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 mappatura esigenze implementazione competenze e learning by doing personale infermieristico	aggiornamento/formazione on the job degli infermieri di CO mappatura check list	Direzione Strategica	100%	45	100%	45
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	100%	10
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	100%	15
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	0%	0
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	100%	10
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 esposti presentati, e anche encomi, distinto per UO coinvolta	10	100%	10
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	100%	20
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)	ICT/AREAS	2022 40%	5	100%	5

3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	implementazione ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	SIAS/ICT	2022 > 70% entro fine anno per totale prescrizioni dei medici dell'UO	256	63%	162
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% - 20% vs 2021	65	98%	64
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 ai pazienti	definizione di un progetto di aggiornamento del sistema RIS/PACS; avvio della nuova procedura informatica per la gestione della immagini radiologiche; adeguamento 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	100%	10
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 Numero di accessi con esito ricovero/trasferimento con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 24 ore sul totale degli accessi 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	> 92,0% > 80,0% < 10%	15	93%	14
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	25	60%	15
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	< INDICATORE DI REPARTO	147	95%	140
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	< INDICATORE DI REPARTO	114	95%	108
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% Il programma BO non è stato aggiornato pertanto il dato non è disponibile OBIETTIVO STERILIZZATO	0		0
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%	68	100%	68
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.7 - efficientamento programmazione delle liste operatorie dei 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 INVII GIORNALIERI DELLE LISTE OPERATORIE DEL GIORNO SUCCESSIVO PER LA SEDUTA QUOTIDIANA ASSEGNATA DI TRAUMATOLOGIA ORTOPEDICA	5	100%	5
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	DMPO	>95% il report non è risultato attendibile OBIETTIVO STERILIZZATO	0		0
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.9 - tempestività elaborazione piani terapeutici	Rispetto della tempistica 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: < a 2 h per trattamenti urgenti < 3 gg per il 50% dei piani richiesti non urgenti < 5 gg per il restante 50% richiesto non urgente	Radioterapia oncologica	rispetto al 100% per i piani richiesti come urgenti e al 95% per i piani non urgenti	15	100%	15
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.10 - aggiornamento regolamenti	revisione/aggiornamento regolamenti/procedure in materie di privacy e accesso civico adeguamento/aggiornamento regolamentazione agenti contabili maggio 2022 aggiornamento e adeguamento dei regolamenti di disciplina delle aree della dirigenza e del comparto	regolamento/procedure	pubblicazione sul sito istituzionale	30/09/2022 31/05/2022 31/05/2022	25	96%	24

3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.11 - Efficienzamento 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 PIS, 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	70	100%	70
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	100%	5
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	DSA	ricognizione entro settembre alla DSA documento presa in carico tecnologie alla DSA entro il 30/09/2022	10	100%	10
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 (dlgs 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	10	100%	10
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 definizione del percorso pre/post parto e attivazione ambulatorio per controlli neonato 1° anno di vita	condivisione personale con UOSD gestione operativa per la distribuzione degli sportelli di prenotazione - organizzazione postazioni documento con percorso pre/post parto ambulatorio per controlli neonato 1° anno di vita attivato	Gestione operativa	condivisione personale per la distribuzione degli sportelli di prenotazione - organizzazione postazioni documento con percorso pre/post parto ambulatorio per controlli neonato 1° anno di vita attivato 31 luglio percorso 1 settembre attivo	35	100%	35
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.16 - efficienza processi diagnostici tempestività refertazione	assicurare con priorità la refertazione 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 prelicovero chirurgico: biopsia urgente 2.0 gg, biopsie non urgenti 4 gg, pezzi operatori 9 gg, citologici - non screening - 2.0 gg esami per ambulatoriali epurco oncologico prelicovero ch stesse 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 trimestrale della tempistica di refertazione	90% entro tempo ottimizzato rispetto a 2021	14	100%	14
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/renali/ematologiche 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 prelicovero chirurgico	SIAS e RIOD Percorso Chirurgico	percorso preH attivazione entro 31/05/2022 avvio entro 01/06/2022	15	100%	15
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	100%	15
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 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 trimestrale relazione mensile % personale sottoposto a visita	Direzione strategica/UOC Politiche del personale/DPS	relazione trimestrale relazione mensile 100% personale sottoposto a visita	15	100%	15
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	100%	20
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	100%	5
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%	23	100%	23
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	100%	10
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	64%	16

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	Direzione strategica	Registro dei Trattamenti monitoraggi mensili	25	100%	25
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	DSA	SI OBIETTIVO STERILIZZATO: non ancora definita l'attivazione del laboratorio	0		0
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	50%	10
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	100%	15
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%	150	86%	129
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.30 - ridurre le liste d'attesa per ecocolordoppler ai tempi previsti dalla normativa	implementare l'attività ambulatoriale garantendo effettuazione di esami ecocolordoppler ogni giorno compreso sabato per pazienti ambulatoriali	rispetto tempi di attesa per ricoveri, e amb. Con le diverse priorità previste dal piano Liste Attesa	UOSD Gestione Operativa	entro fine anno azzeramento attese ai termini di legge	15	100%	15
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 ancorate esclusivamente al posto di provenienza / destinazione al fine di consentire una assegnazione non condizionata da indicazioni limitate previa richiesta ai DIPS di conferma posto luogo di lavoro	procedure	Direzione strategica	procedure	10	100%	10
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	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	10% predisposto entro 3 mesi rinnovo CCNL	5	100%	5
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.33 - verifica degli obiettivi negoziati con le UUOC 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 tolto 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	30	100%	30
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.34 - Efficientamento degli interventi strutturali - autorizzazione all'esercizio delle aree ristrutturate	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 tempistica di invio ad ASL e Regione entro fine lavori e invio tempestivo di ogni integrazione entro 1 settimana dalla richiesta	10	100%	10
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 parte dei responsabili di UO - monitoraggio del numero dei pazienti in attesa e degli scaduti rispetto alla tempistica di legge	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, attesa del pz più datato e n. scaduti x classe ord e DH	10	100%	10
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 inappropriatazza 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	100%	20
3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.37 - miglioramento accuratezza della codifica delle prestazioni erogate nell'episodio di ricovero	aumentare le 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 UUOC chirurgiche e dal mese di ottobre presso le UUOC mediche con monitoraggio, per arrivare a dicembre 22 al completo e ottimale utilizzo dello strumento da parte di tutte le UUOC	report a DSA sulle fasi di implementazione	DSA	completamento a dicembre della formazione e pieno utilizzo da parte di tutte le UUOC	10	100%	10
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 pl, extraregione)	report trimestrale alle UUOC 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	100%	20
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 allineamento COGE COAN entro il 31/12/2022	55	100%	55

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	50%	10
3.9 - Razionalizzazione attività ALPI	3.9.3 - efficientamento attività ALPI	definizione percorsi sanitari Alpi separati dai percorsi istituzionali	riorganizzazione percorso ALPI	DSA-DIREZIONE AMMINISTRATIVA	riorganizzazione percorso ALPI con regolamento, tariffario aziendale, modulistica e reportistica periodica	20	100%	20
risultato finale						2704		2395 88,58