

Fondazione POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 - 00133 Roma

Deliberazione n. 808 del 08-08-2018

Struttura proponente: UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2018-2020 POLICLINICO TOR VERGATA.

☐ i costi/ricavi, così come riportati nel dispositivo, sono correttamente valorizzati in relazione agli effetti derivanti dal presente atto

OVVERO ☒ gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio

- gli oneri di cui al presente atto ☐ sono ☐ non sono ricompresi nel budget di assegnazione

L'estensore: (Sig.ra Lucia Rossini)

Firma [Signature]

Il Responsabile del procedimento (Dr. ssa Eleonora Alimenti)

Firma [Signature]

Il Direttore (Dr. ssa Eleonora Alimenti)

Firma [Signature]

A CURA DEL RESPONSABILE UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

Il Dirigente, con la sottoscrizione del presente atto:

☐ ATTESTA che i costi/ricavi di cui al presente atto, così come riportati e valorizzati nel dispositivo a cura della struttura proponente, sono correttamente imputati sui conti/sottoconti economici/patrimoniali ivi indicati

☒ OVVERO CONFERMA che gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio

- CONFERMA: che gli oneri di cui al presente atto ☐ sono ☐ non sono ricompresi nel budget di assegnazione

Il Direttore: Dr. Stefano Piccari

N. cronologico: 830 /2018

Parere Direttore Amministrativo

☒ Favorevole ☐ Contrario

Dr. A. Fiore

Parere Direttore Sanitario

☒ Favorevole ☐ Contrario

Dr. Andrea Magrini

Fondazione POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la delibera n. 9 del 1° luglio 2014 del Consiglio di Amministrazione della Fondazione PTV in base alla quale la Dott.ssa Tiziana Frittelli è stata nominata Direttore Generale della Fondazione PTV con, altresì, funzioni di gestione dell'A.O.U. PTV in qualità di Direttore Generale della stessa;

VISTA la Circolare del Direttore generale del PTV, prot. n. 7972 del 25/03/2016, che riporta le *“DISPOSIZIONI in materia di redazione degli atti deliberativi a firma del Direttore Generale”* e alla quale si fa integrale rinvio;

VISTO il D. Lgs. 27/10/2009 n. 150, concernente “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, ed in particolare l'art. 10, ove è previsto che le Amministrazioni Pubbliche redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato *Piano della performance*, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi, ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

VISTA la Legge regionale 16 marzo 2011 n. 1, recante “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali”, ed in particolare l'art. 10, il quale prevede che “Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della prestazione e dei risultati, gli organi di indirizzo politico- amministrativo delle amministrazioni di cui all'articolo 2, comma 1, adottano annualmente (...) un documento programmatico triennale, denominato Piano della prestazione e dei risultati che, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati dell'amministrazione nonché gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale e i relativi indicatori”;

PREMESSO CHE in ottemperanza alla L. R. n. 1 del 16 marzo 2011, con Deliberazione n. 453 del 10/08/2012, questo Policlinico ha adottato il Regolamento recante il “Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati”;

DATO ATTO che, secondo quanto previsto dall'art. 3 del citato “Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati”, il Direttore Generale adotta il *Piano della Performance*, documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi finali e intermedi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance del Policlinico;

Fondazione POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

VISTO l'Atto aziendale adottato, d'intesa con il Magnifico Rettore, dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata nella seduta del 25 gennaio 2018, approvato con DCA n. U00029 del 30 gennaio 2018;

VISTO il capo II art. 51 del su citato Atto Aziendale, che descrive rispettivamente il ciclo della performance, il sistema di misurazione e valutazione della performance ed individua i documenti aziendali di programmazione e verifica della performance;

VISTO il regolamento per l'Affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali a responsabilità universitaria approvato con delibera del CDA nella seduta del 02/02/2018 nonché il regolamento per l'Affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali a responsabilità ospedaliera approvato con delibera del CDA nella seduta del 23/05/2018;

TENUTO CONTO delle indicazioni contenute nella delibera n. 112/2010 della *Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche* avente ad oggetto "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance" che costituiscono linee guida per regioni, enti locali ed amministrazioni del SSN secondo le quali il Piano deve rappresentare la qualità della Performance, la sua pertinenza rispetto ai bisogni della collettività e deve essere tale da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati, compatibilmente alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili;

TENUTO CONTO ALTRESÌ di quanto disposto dalla Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche "Autorità Nazionale Anticorruzione" nelle delibere n. 1/2012 contenenti le "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance" e n. 6/2013 "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013";

RITENUTO OPPORTUNO, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio, di individuare gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati dell'Amministrazione Policlinico Tor Vergata nel suo complesso, in esito ad un processo di coinvolgimento del personale titolare di Centri di Responsabilità cui assegnare obiettivi specifici delle strutture da essi dirette e/o trasversali a tutto il Policlinico, come definito dalla Regione Lazio mediante DCA n. 214 del 06/06/2017, avente ad oggetto "Definizione ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5 del D.LGS. 30 dicembre 1992 n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e assegnazione obiettivi per gli anni 2016 - 2017";

CONSIDERATO CHE, non risulta adottato, ad oggi, da parte della Regione Lazio alcun provvedimento in merito all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per l'anno 2018;

DATO ATTO CHE la Direzione Aziendale ha provveduto a definire e assegnare gli obiettivi dei dirigenti apicali (direttori di Dipartimento, direttori di UOC, dirigenti UOSD e titolari di Programma A), sulla base degli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e che per l'anno 2018 ha stabilito di far coincidere gli obiettivi e i risultati

Fondazione POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

individuali dei dirigenti non apicali (Dirigenti UOS e professionali) con quelli assegnati ai dirigenti apicali cui gli stessi afferiscono;

DATO ATTO ALTRESI' che i Dirigenti responsabili hanno provveduto ad assegnare, in coerenza con le linee di programmazione strategica contenute nel Piano della performance gli obiettivi individuali e d'equipe a tutto il personale di comparto;

ACQUISITE le schede contenenti gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e i relativi indicatori di raggiungimento assegnati per l'anno 2018:

- al personale dirigente dipendente e strutturato presso il Policlinico Tor Vergata afferente l'Area non Clinica, di cui agli allegati 7.1 del Piano della Performance 2018-2020 allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;
- al personale Dirigente apicale Universitario afferente l'area critica, di cui agli allegati 7.2 del Piano della Performance 2018-2020 allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;
- al personale dipendente del Comparto e Strutturato presso il Policlinico Tor Vergata, di cui agli allegati 7.3 del Piano della Performance allegato 1 parte integrante del presente provvedimento (a titolo esemplificativo si allegano gli obiettivi assegnati al personale di comparto afferente ad una struttura amministrativa e gli obiettivi assegnati al personale di comparto afferente ad una struttura sanitaria);

ACQUISITA, da parte del responsabile della struttura proponente, l'attestazione, tramite la sottoscrizione riportata in frontespizio, che il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili, così come confermato dal Responsabile della UOC Bilancio in sede di parere riportato in frontespizio;

PRESO ATTO che il Dirigente/Responsabile proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

VISTO il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in frontespizio riportato, formulato per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e da intendersi qui integralmente richiamate e confermate:

1. di approvare il Piano triennale della Performance 2018 - 2020 della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, come configurato nell'allegato "1", parte integrante del presente provvedimento;
2. di trasmettere il Piano triennale della Performance all'Organismo Indipendente di Valutazione per il previsto monitoraggio circa la sua piena realizzazione;
3. di assegnare per l'anno 2018 gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e i relativi indicatori di raggiungimento:

Fondazione POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

- al personale dirigente dipendente e strutturato presso il Policlinico Tor Vergata afferente l'Area non Clinica, di cui agli allegati 7.1 del Piano della Performance 2018-2020 allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;
 - al personale Dirigente apicale Universitario afferente l'area critica, di cui agli allegati 7.2 del Piano della Performance 2018-2020 allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;
 - al personale dipendente del Comparto e Strutturato presso il Policlinico Tor Vergata, di cui agli allegati 7.3 del Piano della Performance allegato 1 parte integrante del presente provvedimento (a titolo esemplificativo si allegano gli obiettivi assegnati al personale di comparto afferente ad una struttura amministrativa e gli obiettivi assegnati al personale di comparto afferente ad una struttura sanitaria);
4. di dare mandato al Responsabile della Struttura proponente di procedere alla trasmissione delle schede contenute nel Piano Triennale della Performance ai destinatari delle stesse.

La presente deliberazione è composta di n. 5 pagine (comprehensive di frontespizio) e di n. 1 allegato costituito da 38 pagine e dai relativi sub-allegati analiticamente indicati al punto 7 e ss. del medesimo.

La presente deliberazione è posta in pubblicazione all'Albo pretorio *online* sul sito *web* istituzionale aziendale www.ptvonline.it per quindici giorni consecutivi ed è resa disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori.

TIZIANA FRITTELLI
Direttore Generale





PIANO DELLA PERFORMANCE

2018 - 2020

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2018-2020		TUTTI	

	Funzione	Data
Redatto	U.O.C. Gestione sviluppo risorse umane U.O.C. Controllo direzionale	20/07/2018
Verificato	Direttore Sanitario	27/07/2018
Verificato	Direttore Amministrativo	27/07/2018
Approvato	Direttore Generale	07/08/2018

INDICE

INDICE	3
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
1. PRESENTAZIONE DEL PIANO.....	5
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	6
2.1. Chi siamo	6
2.2. Cosa facciamo	6
2.3. Come operiamo.....	7
3. IDENTITÀ	8
3.1. L'Amministrazione in "cifre"	8
3.2. Principi e valori: la Mission e la Vision.....	8
3.3. Albero della Performance.....	11
4. ANALISI DEL CONTESTO	12
4.1. Analisi del contesto esterno	12
4.1.1. Considerazioni generali.....	12
4.1.2. Ospedale ad alta specializzazione	13
4.1.3. Contesto territoriale	13
4.1.4. Il problema dell'invecchiamento della popolazione	13
4.1.5. Il PTV oggi.....	14
4.1.6. Il PTV nella Rete dell'Emergenza.....	15
4.1.7. L'integrazione "ospedale-territorio"	15
4.2. Analisi del contesto interno	17
4.2.1. Operation Management	17
4.2.2. Il Risk Management	17
4.2.3. Il SGQ	19
4.2.4. La verifica e valutazione dei dirigenti	21
4.2.5. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati.....	21
4.2.6. Il sistema di valutazione degli incarichi	23
5. OBIETTIVI STRATEGICI.....	24
5.1. Il SGQ	25
5.2. Obiettivi affidati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	25
5.3. Gli obiettivi economici: il piano di efficientamento	25
5.4. Piano Nazionale Esiti (P.Re.Val.E.)	28
5.5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	31
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	33
6.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	33
6.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	33
6.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance	34
7. ALLEGATI TECNICI.....	35
7.1. Schede obiettivi dei Dirigenti di area non clinica	35
7.2. Schede obiettivi dei Dirigenti sanitari di area clinica.....	35
7.3. Schede obiettivi di equipe personale di comparto	38

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 4 marzo 2009, n. 15 "Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e alla Corte dei conti".

Legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Legge Regionale 16 marzo 2011 n.1 "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della Amministrazioni regionali".

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Delibera n. 112/2010 – "Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*".

Delibera n. 1/2012 Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* e dei Piani della *performance*

Delibera n. 6/2013 – "Linee guida relative al ciclo di gestione della *performance* per l'annualità 2013".

DGR. 301/2008 (P.RE.VAL.E.), suppl. ord. n. 77 al BUR Lazio n. 25 del 7 luglio 2008.

Decreto del Commissario ad Acta 30 gennaio 2018, n. U00029 – "Approvazione dell'Atto Aziendale della Fondazione Policlinico Tor Vergata".

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il presente documento riporta il Piano della *Performance* (Piano delle Prestazioni e dei Risultati) per il triennio 2018-2020 della Fondazione Policlinico Tor Vergata (indicato di seguito brevemente Piano), redatto ai sensi del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009. Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*. È un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Il Piano si colloca nel quadro più generale del ciclo di gestione della *performance*, finalizzato all'attuazione di principi di miglioramento della qualità dei servizi offerti, di crescita delle competenze professionali, di valorizzazione del merito, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. In particolare, il Piano individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* della Fondazione Policlinico Tor Vergata (indicata di seguito brevemente PTV) nonché gli obiettivi assegnati, compatibilmente con le risorse disponibili, al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Va evidenziato che il Piano definisce gli elementi su cui si baserà la misurazione e la valutazione della *performance* della struttura amministrativa e sanitaria.

Il Piano è stato elaborato in coerenza con il sistema di pianificazione e controllo e con i documenti di programmazione del PTV, sulla base di un'attenta analisi delle esigenze dei propri stakeholder, oltre che del contesto socio-economico in cui il PTV è inserito.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1. Chi siamo

Con decreto del Commissario ad Acta del 30 gennaio 2018, n. U00029 è stato approvato l'Atto Aziendale della Fondazione PTV adottato dal Consiglio di Amministrazione con delibera del 25/01/2018, preso atto dell'acquisizione dell'intesa con il Rettore dell'Università.

Con riguardo alla complessa evoluzione della natura giuridica dell'attuale Fondazione di diritto privato Policlinico Tor Vergata - che, ai soli effetti della titolarità dei rapporti di lavoro del personale di Comparto Universitario e dei rapporti convenzionali di cui all'ACN della medicina specialistica ambulatoriale - mantiene altresì, allo stato, la qualifica di Azienda ospedaliero-universitaria - e con riferimento alla prospettiva di trasformazione della stessa Fondazione verso la conclusiva configurazione di Fondazione di diritto pubblico IRCCS, così come declinata e temporizzata nel Protocollo d'intesa, si riporta di seguito la principale normativa di legge, unitamente alla correlata decretazione ministeriale, regionale e universitaria di applicazione, costituente il quadro di riferimento. Detto quadro di riferimento normativo, con riguardo alla speciale posizione istituzionale del PTV e agli sviluppi istituzionali pianificati nel suddetto Protocollo d'intesa, è di particolare complessità, in quanto costituito - oltre che dalla normativa generale, statale e regionale, in materia di *organizzazione delle aziende sanitarie* applicabile in via diretta o in quanto compatibile ai policlinici universitari - anche dalla speciale normativa relativa alla organizzazione delle *aziende universitario-ospedaliere*, da coordinare ulteriormente, nel caso del PTV, con la disciplina statale e regionale, in materia, di ente del Servizio Sanitario Nazionale.

2.2. Cosa facciamo

La Fondazione si vuole "prendere cura del paziente", dal momento dell'accesso al momento della dimissione e, in tale ottica, l'obiettivo è di proiettare le finalità assistenziali dell'ospedale anche verso il territorio.

L'organizzazione della Fondazione si orienta a sviluppare l'integrazione ottimale tra le funzioni di assistenza, didattica-formazione e ricerca clinica, attraverso il bilanciamento concordato tra obiettivi del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università.

La Fondazione si pone l'obiettivo di soddisfare la necessità di riorganizzare l'attività formativa del personale medico e delle altre professioni sanitarie, garantendo che sia al passo con i tempi, non limitandola più al solo settore ospedaliero, ma anche a quello territoriale e, più in generale, al complesso di tutti gli interventi assistenziali riferibili sia alla prevenzione delle situazioni patologiche, che alla cura delle malattie ed al recupero dello stato di benessere psicofisico dei cittadini-utenti.

La Fondazione si propone di “uscire” sul territorio per consentire il percorso formativo di cui sopra, vuole essere veicolo di innovazione organizzativa privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti; ambisce, infatti, favorire lo sviluppo di “modelli aperti” quale strumento per trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili ai pazienti e alle patologie più gravi, garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore. Alla base di questo *modus operandi* c'è l'applicazione del moderno concetto di “presa in carico” e di “continuità delle cure” che corrisponde all'attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso: “high care”, “low care” e “catena della cronicità”.

Nel perseguire i suoi obiettivi, la Fondazione è orientata al miglioramento continuo dei protocolli assistenziali e all'implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull'evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana.

2.3. Come operiamo

Al fine di perseguire i propri obiettivi gestionali ed organizzativi, la Fondazione PTV ha adottato, sia per le aree clinico-assistenziali, sia per i servizi amministrativi, tecnici e professionali, il modello di gestione dipartimentale, al fine di realizzare la piena attuazione del principio di partecipazione dei singoli responsabili di struttura ai processi decisionali, in ragione del loro grado di coinvolgimento del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Al fine di assicurare la coerenza e l'integrazione tra l'attività assistenziale e l'attività didattica e di ricerca, la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza delle cure e l'uso razionale delle risorse, la Fondazione PTV è organizzata in Dipartimenti per l'assistenza sanitaria.

I Dipartimenti sono raggruppamenti di più unità operative assistenziali, tra loro affini o complementari in termini organizzativi ed assistenziali, che coordinano l'attività delle stesse verso obiettivi comuni, al fine di assicurare il potenziamento qualitativo e quantitativo delle attività, l'uso razionale delle risorse, l'economicità della gestione, l'ampliamento della gamma dei servizi e il miglioramento della qualità degli stessi, lo sviluppo delle eccellenze, la partecipazione e lo svolgimento coordinato delle attività di ricerca e di didattica.

Il Dipartimento costituisce una macro struttura composta da più unità operative complesse (a seguire, anche «U.O.C.») ed unità semplici dipartimentali con esigenze operative omogenee (a seguire, anche «U.O.S.D.») con esigenze operative omogenee, affini e/o complementari caratterizzate da una convergenza di competenze ed esperienze professionali che richiedono un coordinamento univoco, allo scopo di perseguire obiettivi comuni.

Le Unità Operative afferenti al Dipartimento sono titolari di autonomia gestionale, nel rispetto delle linee programmatiche e degli obiettivi dipartimentali.

3. IDENTITÀ

3.1. L'Amministrazione in "cifre"

L'organizzazione della Fondazione PTV è descritta nell' "Atto aziendale" approvato con DCA n° U00029 del 30 gennaio 2018, a cui si rinvia.

Le funzioni sono descritte nel Funzionigramma Aziendale allegato al citato "Atto aziendale" a cui si rinvia.

ATTIVITA' AMBULATORIALE - 2017	
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	134.474
MEDICINA DI LABORATORIO	1.196.035
POLIAMBULATORIO	368.493
TOTALE	1.699.002

DEGENZE ORDINARIE - 2017	
N° RICOVERI	16.131

DEGENZE DIURNE - 2017	
N° RICOVERI	7.870

PRONTO SOCCORSO GENERALE - 2017	
ACCESSI TOTALI	51.940

POSTI LETTO - 2017	
POSTI LETTO MEDI UTILIZZATI	486

3.2. Principi e valori: la Mission e la Vision

La *mission* della Fondazione PTV è delineata dagli *obiettivi statutari* che, nell'attuale riformulazione del vigente Statuto, rappresentano il riferimento primario per gli organi della Fondazione stessa nello svolgimento delle funzioni, dei compiti e delle attività di competenza e nell'esercizio della *governance*. Analogamente lo Statuto della costituenda Fondazione di diritto pubblico e della Fondazione IRCCS costituiranno i binari di riferimento dei nuovi enti, ad oggi, non ancora attivi. Gli artt.1 e 2 dello Statuto pongono quale obiettivo centrale la *gestione delle attività sanitarie facenti capo al PTV*, cui affiancano *lo sviluppo della ricerca, sia sperimentale che clinica e tecnologica applicata*, quale occasione fondamentale di qualificazione dell'attività assistenziale e arricchimento della *potenzialità didattica e formativa dell'Università*. Le previsioni statutarie riaffermano, quindi, il principio fondamentale della inscindibilità e dell'integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca proprie di un Policlinico universitario.

La *vision* della Fondazione PTV corrisponde a pieno all'obiettivo di realizzazione, a breve termine, di una bilanciata integrazione tra attività sanitaria, formativa e sviluppo della ricerca e rimarrà, a medio-lungo termine, coerente con i medesimi principi, potenziando una ottimizzazione dei canali, strumenti e risorse dedicati alla *ricerca clinica*, propri della istituenda Fondazione IRCCS, che

dovranno continuare ad includere l'ambito della *medicina traslazionale*, allo scopo di realizzare percorsi corrispondenti alla più alta specializzazione assistenziale ed al più elevato profilo scientifico. La caratteristica di "*ospedale di insegnamento*" impone la copresenza di molte discipline specialistiche, spesso ospitate e organizzate nello stesso reparto (con unica dotazione infermieristica e capo sala). In tale ottica si è operata la scelta di una organizzazione dipartimentale avanzata, al cui interno le singole unità operative utilizzano spazi e personale in comune, fatte salve alcune specialistiche di maggiore complessità quali, a titolo esemplificativo, cardiocirurgia e ortopedia. Tale organizzazione consente una sempre maggiore fluidità nella gestione delle attività, che vengono governate dalle reali necessità espresse dalle liste di attesa o dalla complessità dei casi clinici.

La Fondazione opera per garantire il più alto livello di soddisfazione della domanda di salute -intesa come espressione del benessere psicofisico e sociale - secondo gli obiettivi determinati dalla programmazione regionale, dagli accordi tra la Regione Lazio e l'Università, nonché dai propri atti di programmazione a valenza pluriennale e annuale, coerentemente con gli indirizzi definiti dal Consiglio di Amministrazione e, in sintesi, attua la propria *mission* istituzionale mediante:

- a) lo sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario e il sistema formativo tali da perseguire, in modo congiunto con il sistema universitario, obiettivi di qualità, efficienza e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità rispetto alle esigenze assistenziali della formazione del personale medico e sanitario, e potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica;
- b) la garanzia per la collettività dei più qualificati livelli assistenziali, erogando in modo efficace, appropriato, efficiente ed economico prestazioni sanitarie fruibili in ambiente ospedaliero ed in particolare quello di alta complessità;
- c) la garanzia, per gli studenti dei corsi di laurea specialistica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, per gli studenti dei corsi di laurea triennali e per i *medici in formazione specialistica*, di una offerta di sede e strumenti per lo sviluppo di un'attività didattica professionalizzante altamente qualificata e coerente con gli indici di validità comunitari;
- d) lo sviluppo di un percorso assistenziale basato sul principio della "*continuità delle cure*" e su una modalità innovativa che tende a "*prendersi cura del paziente*", dal momento dell'accesso in ospedale al momento della dimissione e, in tale ottica, con l'obiettivo di proiettare le finalità assistenziali ospedaliere anche verso il territorio, adeguando, in tale prospettiva, anche l'offerta formativa non più limitata al solo settore dell'ospedalizzazione, ma anche a quello territoriale e, più in generale, al complesso di tutti gli interventi assistenziali riferibili sia alla prevenzione delle situazioni patologiche, che alla cura delle malattie ed al recupero dello stato di benessere psicofisico dei cittadini-utenti;
- e) la proposizione di forme di innovazione organizzativa, privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti, favorendo lo sviluppo di "modelli aperti", quale strumento che permetta di trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze,

riservando maggiori risorse disponibili per i pazienti e le patologie più gravi e garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore e, comunque, nel rispetto del moderno concetto della “presa in carico” e della “continuità delle cure”, che corrisponde all’attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso ovvero “high care”, “low care” e “catena della cronicità”;

f) la garanzia di un miglioramento continuo dei protocolli assistenziali con contestuale implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull’evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana, a favore della *sicurezza del paziente* e di una *riduzione del rischio clinico*;

g) l’assunzione dell’impegno a conformare i rapporti economici ed i risultati di gestione al principio della programmazione condivisa tra Regione e Università, adeguando l’attività di gestione a criteri di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità, nel pieno rispetto del vincolo di bilancio annuale teso al conseguimento dell’equilibrio di costi e ricavi (pareggio economico), secondo quanto previsto dall’art. 17 del Protocollo d’intesa Regione-Università;

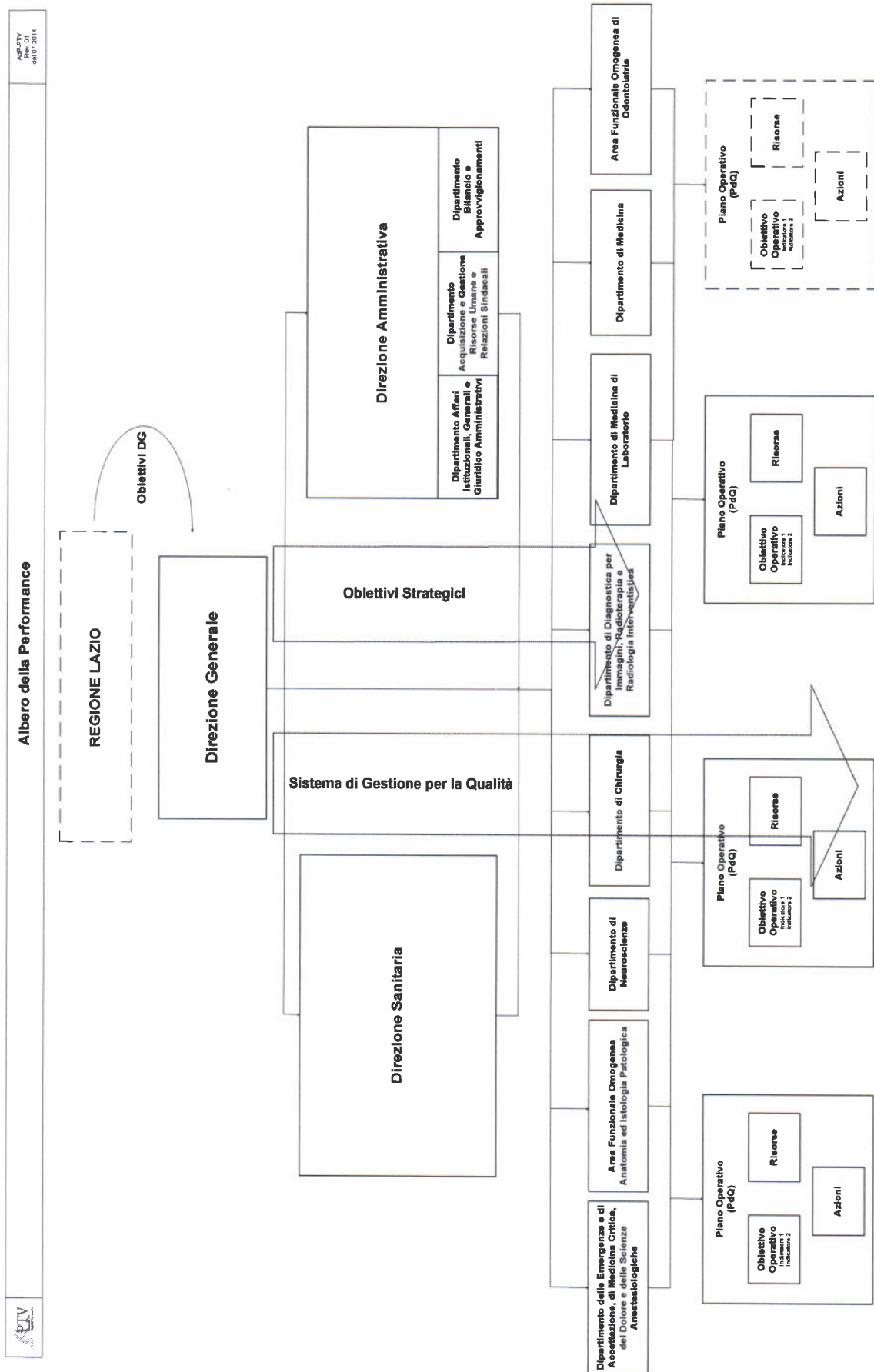
h) la collaborazione con Regione e Università, al fine di promuovere la riorganizzazione e la qualificazione della rete dell’offerta sanitaria regionale, nella prospettiva dell’implementazione e aggiornamento della rete dei centri di riferimento regionali e delle malattie rare, impegnandosi a valorizzare le strutture e i percorsi facenti capo al PTV quale struttura a più alta specializzazione assistenziale e qualificato profilo scientifico;

i) nuovi modelli organizzativi che privilegino i processi;

l) nuove modalità di utilizzo e gestione delle risorse.

Carattere distinto e peculiare nel percorso culturale promosso dal PTV, sin dalla sua attivazione, in perfetta coerenza con la *mission* nel tempo perseguita e pienamente attuale, assume il **principio - valore** dell’*Umanizzazione*. L’umanizzazione è prioritariamente legata al concetto del “prendersi cura”, che individua l’ospedale come un’organizzazione di *servizio alla persona*, ed il “prodotto” di tale servizio si concretizza in una composizione di prestazioni sanitarie e rete di relazioni fra i suoi utenti e la struttura. I criteri informativi di tale principio acquisiscono pieno significato nel programma di “*presa in carico del paziente*” - posto al centro del Sistema salute quale “persona” - già consolidato nel tempo nella struttura del Policlinico e che concretizza una componente prioritariamente caratterizzante la *mission* dell’Ospedale PTV.

3.3. Albero della Performance



4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1. *Analisi del contesto esterno*

4.1.1. *Considerazioni generali*

Il PTV si colloca all'interno di un quadro normativo di riferimento finalizzato a promuovere e disciplinare *l'integrazione delle attività di didattica e di ricerca con quelle assistenziali*, che è rappresentato, prioritariamente, dal D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., norma che trova conferma, concretezza e strumenti attuativi nei Protocolli d'intesa Regione-Università e, in particolare, in quello, da ultimo, sottoscritto tra Regione Lazio e Università di Tor Vergata in data 24 novembre 2017.

La piena integrazione tra attività didattiche, di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle assistenziali si realizza, infatti, ai sensi e per gli effetti della richiamata normativa, nel complesso ospedaliero del PTV che, nella considerazione dell'intero percorso evolutivo del proprio modello organizzativo-gestionale, viene individuato quale *Azienda di riferimento dell'Università e della Regione* nell'ambito del Protocollo d'intesa – all'art. 2.

Sempre il Protocollo d'intesa – all'art.3 – disciplina, in particolare, le modalità di collaborazione tra l'Università e la Regione per lo svolgimento delle *attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza* nell'interesse congiunto finalizzato alla tutela della salute della collettività, alla migliore formazione e allo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria.

Regione e Università - a mezzo dell'adozione di provvedimenti condivisi- promuovono, altresì, in attuazione dell'art. 5 del Protocollo d'intesa, la stretta interdipendenza e la sinergia fra *l'assistenza, la didattica e la ricerca*, con l'obiettivo condiviso di concorrere alla funzione di miglioramento del servizio pubblico con particolare riguardo alla tutela della salute sia nell'ambito dell'assistenza ospedaliera che con riferimento all'attività *extra ospedaliera*, obiettivi ai quali l'Università concorre nei limiti delle garanzie istituzionali.

L'inscindibilità delle descritte tre funzioni istituzionali - sancita nel contesto normativo e regolamentare ed altresì acclarata in sede giurisprudenziale - conferisce al PTV, nella sua configurazione di Policlinico universitario, una peculiare qualificazione che lo caratterizza ed identifica prioritariamente quale:

- *Ospedale ad alta specializzazione;*
- *Ospedale d'insegnamento.*



4.1.2. Ospedale ad alta specializzazione

La *complessità assistenziale* della struttura universitaria rappresentata dal Policlinico trae origine dalla norma di riferimento di cui all'art. 7 comma 2 del D. Lgs. 517/99, che ne riconosce la classificazione nella *fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale* - quale *azienda di riferimento* individuata congiuntamente da Regione e Università per lo sviluppo integrato delle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali di cui al comma 4 dell'art. 2 dello stesso decreto – cui è attribuita, altresì, una valorizzazione maggiorata per le prestazioni assistenziali prodotte, per effetto dei maggiori costi indotti dalle funzioni di didattica e ricerca.

La qualificazione del PTV quale “*Azienda di più elevata complessità*” è confermata, conseguentemente, sia nello specifico ambito del Protocollo d'Intesa Regione – Università, propriamente all'art. 2, sia nel quadro dei provvedimenti di programmazione regionale, all'interno dei quali si riafferma la caratterizzazione di *Ospedale di alta specializzazione*, che si distingue per gli elementi propri di *multidisciplinarietà* e per il potenziale altamente specialistico emergente dai risultati prestazionali realizzati.

4.1.3. Contesto territoriale

La Fondazione PTV sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda USL RM 2 in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma – Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino. Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL RM B e i distretti H1 e H3 della ASL RM 6, mentre la struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone.

Le linee di sviluppo del PTV debbono pertanto essere rivolte a definire una organizzazione in grado di assicurare un'offerta adeguata di prestazioni per soddisfare i bisogni sanitari del territorio di riferimento.

Pari rilevanza e spessore assume il progetto di trasformazione del PTV in Istituto di ricerca a carattere scientifico, nonché il mantenimento delle funzioni e delle attività didattiche legate ai corsi universitari per medici, infermieri e tecnici sanitari.

4.1.4. Il problema dell'invecchiamento della popolazione

L'esplosione della cronicità oggi assorbe nel nostro Paese l'80% delle risorse sanitarie e l'onere economico connesso a questa situazione epidemiologica diventa sempre più difficilmente conciliabile con le risorse disponibili.

Si impone pertanto l'adozione di modelli di cura sostenibili e basati su un approccio proattivo, che evitino nel tempo la progressione della malattia, nonché la ricerca di sistemi organizzati innovativi. Come documentato nella figura 1 oltre il 21% della popolazione nel nostro Paese si trova in una fascia di età superiore a 65 anni; tra 10 anni la percentuale sarà ancora maggiore con un ipotizzabile incremento di un ulteriore 10%.

L'invecchiamento della popolazione accresce la pressione sui bilanci pubblici e sui sistemi pensionistici, nonché sulle spese per il personale addetto ai servizi sociali e di assistenza agli anziani.

La terza età è associata alla malattia e alla dipendenza e le persone anziane rischiano di essere escluse dall'occupazione e dalla vita familiare e collettiva.

Il progressivo incremento, nel prossimo decennio, della popolazione collocata nella fascia di età superiore ai 65 anni impone la ricerca di modelli assistenziali sostenibili, sia per continuare a garantire la dovuta tutela ai singoli soggetti, sia per ritardare/ridurre il ricorso di questi alle cure ed ai trattamenti sanitari.

L'integrazione con le ASL RM2 e RM6 per la presa in carico delle patologie croniche e oncologiche con maggiore prevalenza e mortalità, segnatamente quelle respiratorie e cardiocircolatorie, è fattibile e realizzabile in tempi brevi per l'esistenza nel Policlinico di Tor Vergata delle specialità e delle competenze necessarie.

4.1.5. Il PTV oggi

Al PTV sono stati riconosciuti con DCA N.257/2017 numero 557 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*, attualmente però, a causa del parziale completamento della Torre 8, i posti letto funzionanti sono 504 che non sono sufficienti per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo *standard* nazionale. Nel territorio circostante l'Azienda infatti risiedono circa 850 mila abitanti e l'insieme dei posti letto presenti nelle altre strutture di ricovero non raggiunge i 1500, con un rapporto pertanto inferiore a 2 posti letto per mille.

Presso la struttura prestano attualmente servizio circa 2000 operatori con diverse tipologie di contratto.

Con DCA n.73/2010 la struttura, dotata di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno, è stata riconosciuta DEA di I livello, mentre con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

- ictus cerebrale
- cardiologia, cardiocirurgia
- medicina trasfusionale
- terapia del dolore

Sono inoltre presenti nel Policlinico le funzioni di CTZ per:

- trauma grave
- malattie infettive

La struttura è sede del centro trapianti di rene e fegato e del centro trapianti di midollo.

Il PTV riveste un ruolo di primo piano a livello regionale per il *trapianto di organi e tessuti*: è presente al suo interno una U.O.C. di Chirurgia dei trapianti che nel 2016 ha eseguito 38 trapianti di fegato e 63 trapianti di rene. Con particolare riferimento alle attività del centro trapianti il PTV risulta essere la prima struttura per numero di trapianti di fegato e rene nella Regione Lazio. Nell'area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua *trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo*. All'interno della rete *Rome Transplant Network (RTN)* il PTV si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.

4.1.6. Il PTV nella Rete dell'Emergenza

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, il PTV si colloca come struttura di riferimento essendo stata confermata, sia nell'ambito del Protocollo d'Intesa Regione-Università che nel DCA n. U00257 del 5 luglio 2017 "*Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018 , in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015*", quale CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete Trauma grave e Neurotrauma, nonché quale *Hub* di riferimento per le seguenti aree critiche: rete emergenza cardiologica e cardiocirurgica, (dotazione di UTIC/servizio di emodinamica); Rete *Ictus* (dotazione UTN di secondo livello). Inoltre, nel biennio 2017-2018, la programmazione regionale prevede (DCA n. 257/2017) l'apertura presso il PTV di una Unità perinatale di I livello che inserirebbe la struttura all'interno della Rete perinatale, nonché l'apertura del reparto di Ostetricia. Nel DCA n. 291/2017 vengono assegnati al PTV 15 posti letto di Ostetricia compresi di 6 posti letto di Ginecologia.

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione con il DCA 368/2014, ribadita con DCA U00412 del 2017, fa emergere il ruolo futuro del PTV come DEA di II livello di riferimento per l'asse sud-orientale della Regione, che comprende le ASL di Frosinone, RM2 (ex RM/B) e RM/6.

4.1.7. L'integrazione "ospedale-territorio"

Punto di partenza per definire il ruolo che il PTV può utilmente svolgere nella implementazione dell'assistenza territoriale, in collaborazione con le Aziende territoriali che costituiscono il suo naturale bacino di utenza, è rappresentato dall'analisi della domanda e dai bisogni di salute espressi dalla popolazione interessata.

Le fonti di valutazione dei bisogni sono forniti dalla conoscenza della struttura della popolazione e dalle analisi epidemiologiche attraverso la verifica delle prestazioni erogate e della mobilità sanitaria.

La risposta ai bisogni di salute avviene attraverso una programmazione dell'offerta che coinvolga tutte le unità operative aziendali la cui attività dovrà essere organizzata in coerenza con il modello assistenziale che nella *governance* della salute privilegia la medicina di iniziativa che si esprime attraverso interventi differenziati e confluenti:

- come modalità di intervento sulla popolazione “fragile” va sviluppato progressivamente il *Chronic Care Model* che prevede l'utilizzo integrato dei sistemi informativi orientati alla persona, delle organizzazioni sanitarie fondate sulla centralità della persona, dei *team* multidisciplinari e multi professionali, della promozione dell'autocura, dell'attività clinico-assistenziale basata sulle evidenze e l'attivazione delle risorse della comunità;
- gli utenti “fragili” si trovano ad interagire con un sistema sanitario e sociosanitario ancora frammentato, con conseguenti problemi di qualità e continuità delle cure; uno degli strumenti principali per risolvere queste problematiche consiste nella strutturazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), intesi quali l'insieme organizzato, coerente e coordinato di prestazioni e attività di natura sanitaria e socio assistenziale, erogate per raggiungere un dato obiettivo di salute a fronte di una specifica condizione clinico-assistenziale. I percorsi vanno costruiti a livello distrettuale, in sinergia con il livello ospedaliero, allo scopo di garantire una gestione integrata del paziente. Al fine di favorire la continuità delle cure e dell'assistenza, di superare alcuni problemi logistici e di integrazione con gli altri ambiti di assistenza, si devono promuovere azioni per lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza;
- per il trattamento di persone affette da patologie cronico - degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera, nella nostra regione è in via di realizzazione il sistema delle Case della Salute come forma di assistenza intermedia, come area di confine tra *setting* ospedaliero e domiciliare caratterizzato da una bassa complessità clinica e alta complessità assistenziale. La Casa della Salute è il luogo fisico e sociale all'interno del quale confluiscono le risorse e le competenze necessarie alla gestione delle “fragilità”.

Il PTV può a pieno titolo essere coinvolto nella organizzazione assistenziale sopra descritta quale struttura deputata a fornire le risposte di II livello, sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale, in quanto in possesso delle competenze e del *know-how* necessario per tutte le discipline che maggiormente sono richieste nel trattamento delle patologie croniche e nella gestione del paziente fragile nella consapevolezza che:

- tutto quello che si fa sul territorio si riverbera all'interno dell'area ospedaliera e viceversa;
- la presa in carico di pazienti da parte del territorio sgrava l'ospedale da quote di inappropriatezza e permette alle strutture ospedaliere di concentrarsi sull'acuzie vera;
- l'ospedale, parimenti, alimenta l'area territoriale inviando pazienti, sia tramite le dimissioni protette, sia tramite le proposte di inserimento nei P.D.T.A.

Il PTV pertanto sarà chiamato, in termini di risorse, a contribuire ai percorsi integrati attivati dal territorio con l'obiettivo centrale di garantire salute alla popolazione.

Ciò prevede una integrazione e una ottimizzazione delle risorse e la attivazione di percorsi concertati per la messa in comune, fra ospedale e territorio, delle risorse umane e tecnologiche necessarie al raggiungimento dell'obiettivo salute. È già attivo presso il PTV un protocollo di collaborazione tra MMG e *team* multidisciplinare del PDTA di riferimento, interno al PTV, per il trattamento precoce del tumore del colon-retto.

4.2. *Analisi del contesto interno*

4.2.1. *Operation Management*

A partire dal 2017, è stata istituita, a coordinamento e misurazione delle attività delle sale operatorie, la "cabina di regia" quale nuovo processo di organizzazione, implementazione e coordinamento della progettazione e della gestione di piattaforme di erogazione dei servizi rivolti a processi assistenziali complessi. Nel 2018 con l'adozione del nuovo Atto Aziendale, la "cabina di regia" verrà ulteriormente rafforzata ed ampliata trasformandosi nella nuova UOSD Operations Management, la cui attività sarà guidata inoltre dalla misurazione sistematica delle performance e finalizzata all'incremento dell'appropriatezza, dell'efficienza e della produttività nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, con l'ulteriore obiettivo di facilitare l'accesso ai percorsi per i professionisti sanitari e, per il loro tramite, all'utenza. Lo svolgimento dell'attività avverrà in stretta correlazione funzionale con le unità di personale in carico alle altre strutture coinvolte nei processi gestiti.

Alla nuova struttura afferirà la Unit Operations Management Area ambulatoriale destinata specificamente all'organizzazione gestionale delle strutture ambulatoriali del PTV.

4.2.2. *Il Risk Management*

Sempre nell'ambito del PTV è da tempo attivo un processo di implementazione delle attività di Clinical Risk Management adottato sulla base del modello per la gestione del rischio in ambito sanitario.

In particolare, il Sistema di gestione del rischio clinico del PTV prevede la presenza di figure professionali dedicate al fine di creare una struttura trasversale che aiuti costantemente ad intervenire sul rischio organizzativo, ad identificare metodi per prevenire gli "eventi avversi" ed a segnalare tempestivamente gli "eventi sentinella", al fine di tutelare il paziente e gli operatori e riducendo, conseguentemente, l'impatto a bilancio del rischio clinico.

Nel settembre 2015 è stata emanata la nuova edizione della norma, la UNI EN ISO 9001:2015, alla quale la struttura di gestione del rischio clinico del PTV, si adeguerà entro il triennio. I principi generali della nuova norma sono rappresentati da una più attenta analisi del contesto, dell'analisi del rischio, delle relazioni tra le parti interessate, da un più esteso concetto di leadership, da un approccio sistemico per processi, da un orientamento alla soddisfazione dei bisogni del cliente-paziente (customer satisfaction), dal miglioramento continuo, attraverso un'attenta misurazione ed analisi dei processi stessi.

La struttura del Risk Management garantisce:

- l'impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio messa in atto dal Policlinico Tor Vergata con la funzione di pianificare e supportare le scelte di indirizzo della Direzione aziendale e il coordinamento della loro attuazione;
- il supporto e lo sviluppo, unitamente agli Affari generali, e nell'ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento per Responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie;
- la condivisione con i risk manager delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio;
- la promozione degli audit nonché l'analisi di tutti gli eventi avversi con morte o grave danno del paziente, ovvero degli eventi a valenza mediatica, occorsi presso le strutture sanitarie indicando le azioni di miglioramento da porre in essere e procedendo al monitoraggio dell'applicazione delle stesse;
- la predisposizione annuale e la relativa pubblicazione sul sito internet della struttura sanitaria, della relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle iniziative messe in atto;
- l'applicazione ed il monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della qualità e sicurezza delle cure indicate alle strutture sanitarie e la rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici con la finalità di fare emergere eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- l'analisi delle attività in tema di qualità e sicurezza delle cure in tutte le parti di cui essa risulta composta (sicurezza delle strutture e degli operatori e sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) nonché nell'ambito delle singole aree dipartimentali delle strutture sanitarie;
- la gestione e il coordinamento dell'attività in tema di rischio e sicurezza del paziente definita dal Ministero della Salute, da Agenas e dai tavoli tecnici nazionali;
- il coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici con la possibilità di emanare linee guida e raccomandazioni finalizzate alla riduzione del rischio;

- l'elaborazione ed il monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, eventi avversi ed eventi evitati), in adempimento degli obblighi previsti di comunicazione dei dati in ottemperanza al comma 2, art.3 Legge n. 24/2017;
- il supporto tecnico alle attività gestionali della UOC Affari generali per la valutazione dei sinistri di competenza.
- il supporto tecnico nell'approfondimento dei dati indicati nel Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) al fine di intercettare eventuali criticità organizzative/cliniche per adottare strategie adeguate a contenerle.

L'attività di Risk Management, in conformità alla determinazione regionale n. G01424 del 10.02.2014, e in attuazione della deliberazione del Direttore generale n. 178 25.03.2016, con la quale il Risk Manager è componente del Comitato per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA), prevede il coinvolgimento nelle attività di definizione di percorsi, protocolli operativi e linee guida cui aderire al fine di contenere il dilagare di eventi avversi potenzialmente riconducibili ad infezioni correlate all'assistenza.

4.2.3. // SGQ

Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata è certificato da aprile 2010. Tra i molteplici strumenti a disposizione, per garantire la gestione per la qualità, il Policlinico ha scelto la certificazione di parte terza a norma UNI EN ISO 9001:2008.

Il certificato è stato rilasciato dal KIWA-CERMET, Ente certificatore accreditato Accredia il quale, a sua volta, è membro di organismi internazionali ed è entrato a far parte di accordi di mutuo riconoscimento per l'accreditamento delle certificazioni di Sistemi di Gestione per la Qualità sul mercato europeo ed internazionale.

Nella scelta dell'Ente certificatore il Policlinico Tor Vergata ha posto particolare attenzione alla professionalità dei valutatori, richiedendo loro, attraverso prescrizioni rigorose, competenze specifiche relative all'area da valutare. Inoltre l'Ente ha dovuto garantire per tutte le verifiche un responsabile unico del gruppo di Audit, con documentata esperienza pluriennale, sia come responsabile di gruppi di Audit sia per il lavoro espletato in Aziende sanitarie pubbliche.

La realizzazione del progetto di certificazione del Policlinico Tor Vergata, Azienda con una struttura molto complessa in progressiva realizzazione, è iniziata partendo da singole Unità Operative. Ottenute le singole certificazioni inizialmente programmate, il lavoro è stato finalizzato al conseguimento di nuove certificazioni, mentre si mettevano in atto le necessarie attività per il mantenimento di quelle ottenute.

Nel 2007 erano 12 le strutture certificate all'interno del Policlinico Tor Vergata.

Nel marzo 2008 si è arrivati ad adottare una documentazione unica di sistema, comune a tutte le Unità Operative, certificate e da certificare; in particolare è stata curata l'emissione del Manuale della

Qualità e l'elaborazione delle Procedure di Sistema di Gestione per la Qualità, tutto ideato per conseguire la certificazione della Fondazione nel suo complesso.

Nel marzo 2009 si è provveduto all'unificazione di tutte le attività di Audit svolte dall'Ente certificatore, relative a nove delle dodici Unità Operative certificate e ciò ha avuto lo scopo di consentire una valutazione globale da parte dell'Ente certificatore di tutte le Unità come sistema e di ottenere, quindi, l'emanazione di un certificato riferito al Policlinico, con l'elenco delle 12 Unità Operative certificate.

Nel marzo 2010 sono state inserite con successo nell'iter di certificazione la Direzione Amministrativa e la Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, con il conseguente riconoscimento della certificazione di "parte terza" del Policlinico Tor Vergata.

Nel marzo 2011 è stata confermata la certificazione del Policlinico Tor Vergata ed è stata estesa all'U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio, all'U.O.S.D. Medicina del Lavoro, al Programma Aziendale di Assistenza legale/assicurativa agli operatori ed alla struttura erogatrice del Servizio - Sistema di Garanzia, alla Gestione del Rischio Clinico, al Settore Sperimentazioni Cliniche ed alla Segreteria del Comitato Etico Indipendente.

Nel marzo 2012 è stata confermata la certificazione del Policlinico Tor Vergata ed è stata estesa all'U.O.C. Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale ed all'U.O.S.D. Centro di Riferimento Regionale per la Sclerosi Multipla.

Nell' aprile 2013 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata rinnovata ed è stata estesa all'U.O.C. Cardiocirurgia ed all'U.O.S.D. Servizio di Nutrizione Clinica, Terapia Parenterale e Anoressia Nervosa.

Nell' aprile 2014 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata confermata ed è stata estesa all'U.O.C. Stroke Unit; la singola certificazione riguarda ora 23 Unità Operative con il coinvolgimento di oltre 750 operatori.

Nell' aprile 2015 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata confermata.

Nell' aprile 2016 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata rinnovata.

Nell'aprile 2017 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata confermata ed è stata estesa alla U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ed alla U.O.C. Reumatologia.

Nel maggio 2018 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata confermata, contestualmente all'adeguamento della stessa alla nuova versione della UNI EN ISO 9001:2015.

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata è:

"Progettazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di diagnosi e cura, in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario e di Day Hospital, nelle strutture di Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Ematologia, Anatomia ed Istologia Patologica, Malattie Infettive, Cardiocirurgia, Stroke Unit, Farmacia Ospedaliera, Medicina Trasfusionale, Oncologia Medica, Medicina del Lavoro, Nutrizione Clinica Terapia Parenterale e Anoressia Nervosa, Centro di Riferimento Regionale per la Sclerosi Multipla, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Reumatologia.

Progettazione ed erogazione di attività di governo di Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria e Infermieristica e delle Professioni Sanitarie. Progettazione ed erogazione di attività formative accreditate E.C.M. "Educazione Continua in Medicina".

Progettazione ed erogazione di attività del Comitato Valutazione Sinistri.

Erogazione di attività di Gestione del Rischio Clinico, Gestione Sanitaria del Blocco Operatorio."

Il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata ha raggiunto una maturità che consente di utilizzare un nuovo approccio all'implementazione del sistema stesso. Il sistema è stato alimentato da singole certificazioni di Unità Operative, quindi con un approccio dal basso verso l'alto; con il coinvolgimento dell'alta Direzione e con la certificazione delle strutture trasversali, viene utilizzato anche un approccio dall'alto verso il basso, che consentirà una sempre maggiore diffusione dei principi della qualità in tutto il Policlinico. Inoltre, con l'entrata in vigore della versione aggiornata della UNI EN ISO 9001:2015, il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata utilizza un ulteriore nuovo approccio all'implementazione del sistema stesso basato sul risk-based thinking che permette all'organizzazione di determinare i fattori che potrebbero fare deviare i suoi processi e il suo sistema di gestione per la qualità dai risultati pianificati, di mettere in atto controlli preventivi per minimizzare gli effetti negativi e massimizzare le opportunità, quando esse si presentano.

Quale ulteriore obiettivo di miglioramento sono stati certificati quattro percorsi diagnostico-terapeutici: per la Leucemia Mieloide Acuta, per la Sclerosi Multipla, per il Tumore del Colon Retto e per l'HIV.

4.2.4. La verifica e valutazione dei dirigenti

I titolari degli incarichi dirigenziali sono sottoposti alla verifica annuale nonché alla valutazione al termine dell'incarico, con riguardo ai risultati raggiunti e alle attività professionali svolte.

Gli organismi preposti alla verifica e valutazione dei dirigenti sono:

- a) l'Organismo Indipendente di Valutazione ("OIV");
- b) il Collegio tecnico.

4.2.5. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati

Il sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati è il sistema con il quale annualmente il Policlinico Tor Vergata valuta la performance delle proprie strutture e del personale ivi assegnato al fine di assicurare elevati standard qualitativi e gestionali dell'offerta attraverso la valorizzazione dei risultati e delle performance organizzative e individuali, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento.

Il sistema di valutazione si inserisce nell'ambito del ciclo di gestione della performance ed è articolato nelle seguenti fasi: definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori

attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili; monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi; misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi e individuali; utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito; rendicontazione dei risultati al Consiglio di amministrazione e al Direttore generale nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il sistema valuta:

- le performance e i risultati organizzativi del Policlinico nel suo complesso e delle singole unità organizzative sulla base degli obiettivi strategici e operativi e degli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati definiti nell'ambito del Piano della performance e dei risultati del Policlinico Tor Vergata;
- le performance e i risultati individuali dei dirigenti apicali (direttori di Dipartimento, direttori di UOC, dirigenti UOSD e titolari di Programma A), sulla base degli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- le performance e i risultati individuali dei dirigenti non apicali (Dirigenti UOS e professionali), sulla base degli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- per l'anno 2018 le performance dei dirigenti non apicali coincideranno con quelle raggiunte dal dirigente apicale cui gli stessi afferiscono;
- la performance e i risultati del personale del comparto collegata al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo; alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di U.O.C. i responsabili di UOSD e i titolari di Programmi A effettuano il monitoraggio costante dell'andamento degli obiettivi e dei connessi indicatori, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.

Al termine del processo di misurazione della performance, successivamente al parere di congruità espresso dall'OIV, il PTV procede all'assegnazione della retribuzione di risultato in base agli esiti della valutazione.

L'esito della valutazione dei risultati concorre anche alla formazione della documentazione utile alla valutazione di tipo professionale-comportamentale spettante al Collegio tecnico.

L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità, quest'ultima come declinata dalla L. n. 190/2012 e dai provvedimenti attuativi (DD. Lgs. nn. 33/2013, 39/2023 e DPR n. 62/2013), curandone tutti i relativi adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente.

Più specificamente, ai sensi dell'art. 14, comma 4 del D. Lgs. 150/2009 e smi, come confermato dall'art. 6, comma 2 del DPR n. 105/2016 e dell'art. 44 del D. Lgs. n.33/2013, l'OIV svolge le seguenti attività:

- monitora il sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale;
- comunica le criticità agli organi competenti;
- valida la relazione sulla performance;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione e dell'utilizzo dei premi;
- propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione dei premi;
- è responsabile della corretta applicazione delle indicazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC); promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità alla valutazione di tipo professionale-comportamentale spettante al Collegio tecnico.

4.2.6. Il sistema di valutazione degli incarichi

La verifica e valutazione dei dirigenti

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti dal Direttore generale, nel rispetto della specifica disciplina normativa e contrattuale vigente.

Gli incarichi professionali, ivi comprese le Unit, gli incarichi gestionali riferiti alle strutture a responsabilità universitaria nonché gli incarichi di Programma, sono attribuiti, conformemente al D. Lgs. n. 517/1999 e alla normativa di riferimento ivi richiamata, ai docenti e ricercatori universitari - nonché alle figure equiparate ai sensi dell'art. 16 della L. n. 341/1990 - strutturati presso il PTV, individuati dal Direttore generale d'intesa con il Rettore ai sensi dell'art. 20 co. 1 del Protocollo d'intesa Regione Lazio/Università Tor Vergata.

Gli incarichi professionali, ivi comprese le Unit, e gli incarichi gestionali riferiti alle strutture a responsabilità ospedaliera sono attribuiti secondo le procedure disciplinate dal vigente art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. nonché dai CC.CC.NN.L. di riferimento, ovvero, in caso di personale convenzionato, dagli accordi nazionali e regionali di riferimento che ne definiscono le specifiche modalità e tipologie.

Gli obiettivi e il trattamento economico aggiuntivo sono definiti dal Direttore generale e sono formalizzati con atto scritto e motivato, controfirmato per accettazione dall'interessato. Gli incarichi sono soggetti a valutazioni e verifiche previste dalla normativa vigente, condotte secondo le procedure individuate negli specifici regolamenti aziendali in materia, che concernono il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati, sia in relazione ai compiti ed alle funzioni attribuite, sia in relazione alla programmazione aziendale annuale.

La responsabilità di tali processi è, in prima istanza, dei responsabili delle strutture ai quali compete la proposta di valutazione iniziale dei dirigenti ad essi assegnati; in seconda istanza, dai Collegi tecnici come previsto dai CC.CC.NN.L. vigenti.

Gli ambiti valutativi interessati hanno carattere tecnico-professionale, relazionale comportamentale o gestionale-manageriale, in relazione al ruolo organizzativo del valutato.

I risultati finali delle valutazioni sono riportati nel fascicolo personale ed i giudizi definitivi positivi sono elementi di valutazione per la conferma o l'affidamento altro tipo di incarico.

Il Collegio tecnico, ai sensi dell'art. 15 - comma 5 - del D. Lgs. n. 502/92 e dell'art. 26 – comma 2 - del CCNL 2002/2005 – delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, è l'organismo che procede alla verifica e valutazione:

- a) di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- b) dei dirigenti di nuova assunzione, al termine del primo quinquennio di servizio in relazione all'indennità di esclusività di rapporto e del conferimento di nuovo incarico;
- c) dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultra quinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

Gli incarichi gestionali e gli incarichi professionali attribuiti a professori o ricercatori universitari sono soggetti alle valutazioni e alle verifiche previste dalle norme vigenti per il personale dirigente del SSN, come previsto dal D. Lgs. n. 517/99 all'art. 5 co. 13.

Il Collegio tecnico, individuato per ciascun dipartimento/disciplina, è composto da tre membri nominati dal Direttore generale, in base agli specifici ambiti di competenza, di cui uno con funzioni di Presidente.

Il processo di verifica e valutazione delle attività professionali svolte dai dirigenti e dei risultati raggiunti affidato al Collegio tecnico è attuato con le procedure di cui agli artt. 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31 del CCNL 2002/2005 – delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza sanitaria.

Gli esiti positivi della valutazione del collegio tecnico comportano:

- a) conferma o conferimento di nuovi incarichi;
- b) rideterminazione della retribuzione di posizione minima contrattuale per i dirigenti medici, appartenenti al ruolo sanitario e P.T.A. neoassunti al termine del quinto anno;
- c) passaggio di fascia per l'indennità di esclusività, per i dirigenti medici e per i dirigenti biologi, chimici, fisici, psicologi e farmacisti.

L'esito negativo del processo di verifica e di valutazione produce gli effetti esposti agli art. 29, 30 e 31 del CCNL 2002/2005 – delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza sanitaria.

Nel caso di valutazione negativa nei confronti di professori o ricercatori universitari il direttore ne dà comunicazione al rettore per i conseguenti provvedimenti.

5. OBIETTIVI STRATEGICI

5.1. // SGQ

La Politica per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata, al fine di perseguire il miglioramento continuo, è orientata all'integrazione del Sistema di Gestione per la Qualità con i processi aziendali. Tale integrazione si realizza razionalizzando e migliorando le interfacce tra le diverse aree, anche attraverso la definizione e la condivisione di obiettivi misurabili.

Obiettivo principale è la diffusione del Sistema di Gestione per Qualità all'interno della Fondazione orientandolo al miglioramento continuo, mantenendo la certificazione conseguita ed estendendola a nuove Unità Operative.

Ulteriore obiettivo è lo sviluppo, in ottica aziendale, del Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione inserendo nelle Politiche per la Qualità delle Unità Operative certificate obiettivi aderenti alle linee strategiche della Direzione Aziendale e, laddove necessario, recependo, in una logica top – down, gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale della Fondazione PTV.

La Politica per la Qualità aziendale trova la propria articolazione operativa anche nelle Politiche per la Qualità delle singole Unità Operative, sempre più aderenti alle indicazioni dell'Alta Direzione nel rispetto delle linee di indirizzo regionali.

5.2. Obiettivi affidati dalla Regione Lazio al Direttore Generale

Con Decreto del Presidente della Regione Lazio, vengono assegnati al Direttore Generale gli obiettivi da raggiungere, alla verifica dei quali è subordinata la permanenza nella carica.

In ragione della necessità di favorire un processo di reale *deployment* delle responsabilità, in relazione alla numerosità ed articolazione dei predetti obiettivi, vengono raggruppati in base al carattere amministrativo o sanitario dei medesimi e assegnati alla Direzione e all'Unità Operativa competente con la responsabilità relativamente alle azioni da porre in essere per il loro raggiungimento.

Il PTV inoltre sottopone ad attenta valutazione tutte le ulteriori direttive provenienti dalla Regione Lazio con particolare riferimento alla Umanizzazione e ai Livelli Essenziali di Assistenza.

5.3. Gli obiettivi economici: il piano di efficientamento

La Regione Lazio, in applicazione del comma 525 dell'art. 1 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, ha individuato le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici che presentavano le condizioni di cui al comma 536 della citata legge, ed in particolare: a) uno scostamento tra costi rilevati dal conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10% dei suddetti

ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro; b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Con proprio DCA n. U00273 dell'8 settembre 2016 avente ad oggetto "Individuazioni delle Aziende del S.S.R. da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015", la Regione Lazio riscontrando le condizioni di cui al comma 525 dell'art. 1 delle Legge n. 208/2015, lettera a) ha individuato – tra gli altri – il PTV tra gli enti da sottoporre ai piani di rientro.

€ mln	Risultato esercizio	Scostamento assoluto	Scostamento %	Rientro (scost ass) triennio
AO San Camillo	-150,65	-77,29	23%	-46,37
San Giovanni Addolor.	-112,42	-75,59	43%	-37,8
Policlinico Umberto I	-95,95	-42,97	10%	-30,08
IFO	-61,35	-18,49	13%	-12,94
AO Sant'Andrea	-53,89	-14,67	8%	-10,27
Policlinico Tor Vergata	-79,28	-27,98	11%	-19,59
Totale	-553,54	-256,99		-157,05



Il PTV, nel mese di gennaio 2017, coerentemente con le indicazioni regionali ha formulato una ipotesi di piano di rientro, successivamente modificata nel mese di marzo 2017 a seguito della comunicazione degli importi da iscrivere nei rispettivi piani relativamente alla voce di costo di cui al file F per gli anni 2017 – 2019.

Con propria delibera n. 228 del 31 marzo 2017 il PTV ha approvato il Piano di Rientro sottoponendo la stessa all'approvazione del Consiglio di Amministrazione del Policlinico.

Con DCA n. U00223 del 16 giugno 2017 ad oggetto: "Applicazione del comma 525 dell'art.1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015 – Approvazione dei piani di rientro triennali" la Regione Lazio ha approvato i Piani di rientro delle aziende individuate tra cui il PTV.

Con delibera n. 565 del 26 luglio 2017 il PTV, facendo seguito al DCA U 00243 del 28 giugno 2017 ad oggetto: "*Presenza d'atto dell'intervenuta approvazione del Bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2017 da parte della Regione Lazio con DCA U00243 del 28 giugno 2017.*", ha declinato i macro obiettivi economici di all'esercizio 2017 sui rispettivi sotto conti, di seguito si riporta l'articolazione nei rispettivi aggregati gestionali.

AGGREGATO GESTIONALE	CONTO ECONOMICO	PREVISIONE 2017
A1	CONTRIBUTI F.S.R.	34.015.724

AGGREGATO GESTIONALE	CONTO ECONOMICO	PREVISIONE 2017
A2	SALDO MOBILITÀ	182.832.099
A3	ENTRATE PROPRIE	10.905.936
A4	SALDO INTRAMOENIA	60.000
A5	RETTIFICA CONTRIBUTI C/ESERCIZIO PER DESTINAZIONE AD INVESTIMENTI	- 464.473
A6	SALDO PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI VINCOLATI	300.000
A	TOTALE RICAVI NETTI	227.649.287
B1	PERSONALE	72.494.934
B2	PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	59.162.930
B3	ALTRI BENI E SERVIZI	105.761.210
B4	AMMORTAMENTI E COSTI CAPITALIZZATI	3.241.137
B5	ACCANTONAMENTI	5.328.496
B6	VARIAZIONE RIMANENZE	1.000.000
B	TOTALE COSTI INTERNI	246.988.708
C1	MEDICINA DI BASE	
C2	FARMACEUTICA CONVENZIONATA	
C3	PRESTAZIONI DA PRIVATO	15.680.447
C	TOTALE COSTI ESTERNI	15.680.447
D	TOTALE COSTI OPERATIVI (B+C)	262.669.155
E	MARGINE OPERATIVO (A-D)	- 35.019.868
F1	SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONI, CREDITI, RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI FINANZIARIE	1.800.000
F2	SALDO GESTIONE FINANZIARIA	11.806.635
F3	ONERI FISCALI	5.750.387
F4	SALDO GESTIONE STRAORDINARIA	784.214
F	TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	20.141.236
G	RISULTATO ECONOMICO (E-F)	- 55.161.105

La complessiva gestione del 2017 ha consuntivato i seguenti risultati rispetto alla Previsione di cui al Piano di Efficientamento:

AGGREGATO GESTIONALE	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2017	PREVISIONE 2017 (PIANO DI EFFICIENTAMENTO)	CONSUNTIVO - PREVISIONE
A1	CONTRIBUTI F.S.R.	38.946.914	34.015.724	4.931.190
A2	SALDO MOBILITÀ	190.330.609	182.832.099	7.498.510
A3	ENTRATE PROPRIE	14.785.018	10.905.936	3.879.082
A4	SALDO INTRAMOENIA	16.842	60.000	- 43.158
A5	RETTIFICA CONTRIBUTI C/ESERCIZIO PER DESTINAZIONE AD INVESTIMENTI	- 51.925	- 464.473	412.548
A6	SALDO PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI VINCOLATI	353.913	300.000	53.913
A	TOTALE RICAVI NETTI	244.381.371	227.649.287	16.732.084
B1	PERSONALE	71.238.979	72.494.934	- 1.255.955
B2	PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	59.427.507	59.162.930	264.578
B3	ALTRI BENI E SERVIZI	97.381.863	105.761.210	- 8.379.347
B4	AMMORTAMENTI E COSTI CAPITALIZZATI	2.619.141	3.241.137	- 621.997
B5	ACCANTONAMENTI	6.168.869	5.328.496	840.373
B6	VARIAZIONE RIMANENZE	440.845	1.000.000	- 559.155
B	TOTALE COSTI INTERNI	237.277.205	246.988.708	- 9.711.503
C1	MEDICINA DI BASE			0
C2	FARMACEUTICA CONVENZIONATA			0
C3	PRESTAZIONI DA PRIVATO	15.444.852	15.680.447	- 235.595
C	TOTALE COSTI ESTERNI	15.444.852	15.680.447	- 235.595
D	TOTALE COSTI OPERATIVI (B+C)	252.722.057	262.669.155	- 9.947.098
E	MARGINE OPERATIVO (A-D)	- 8.340.686	- 35.019.868	26.679.182
F1	SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONI, CREDITI, RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI FINANZIARIE	308.150	1.800.000	- 1.491.850
F2	SALDO GESTIONE FINANZIARIA	10.889.572	11.806.635	- 917.062
F3	ONERI FISCALI	5.502.453	5.750.387	- 247.934
F4	SALDO GESTIONE STRAORDINARIA	- 139.265	784.214	- 923.479
F	TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	16.560.910	20.141.236	- 3.580.326
G	RISULTATO ECONOMICO (E-F)	- 24.901.597	- 55.161.105	30.259.508

5.4. Piano Nazionale Esiti (P.Re.Val.E.)

La valutazione degli esiti degli interventi sanitari, può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Obiettivi principali possibili sono:

- valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- valutare nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali;
- valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- valutare la differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale" dei servizi;
- valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti e tra ASL, con applicazioni possibili in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per "empowerment" dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi;
- valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ie per livello socioeconomico, residenza, etc), soprattutto per programmi di valutazione e promozione dell'equità;
- individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, ad esempio: stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento;
- auditing interno ed esterno;
- monitoraggio livelli di assistenza.

Ciascuna di queste applicazioni ha effetti potenziali positivi e negativi, costi e benefici, taluni già valutati in letteratura. È necessaria un'attenta valutazione a priori per ogni applicazione, non solo dal punto di vista sanitario e/o organizzativo, ma anche economico, sociale.

Attualmente, in molti sistemi sanitari vengono condotti programmi correnti di valutazione comparativa di esiti tra soggetti erogatori e di comunicazione dei risultati di questi programmi.

In Italia, la principale esperienza regionale in tal senso è condotta nell'ambito del "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio", denominato P.Re.Val.E. in completa sinergia con il "Programma Nazionale di valutazione di Esito", denominato P.N.E.

Il P.Re.Val.E., per ciascuno dei processi di cura ed interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi documenta, sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica, le prove disponibili di efficacia dei trattamenti che vengono valutati.

Gli indicatori proposti sono documentati da protocolli, con chiara definizione dell'esito di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc.); quando non

sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, P.Re.Val.E. utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

Al fine di valutare lo stato di salute della popolazione, o confrontare lo stato di salute in aree geografiche diverse, gli indicatori sono stati costruiti utilizzando come denominatore la popolazione residente (population-based denominators). Al fine di valutare l'efficacia dei soggetti erogatori, il denominatore è stato definito come carico lavorativo, in termini di numero di pazienti o ricoveri (workload-based denominators).

Le stime prodotte dal P.Re.Val.E. possono, come tutte le misure scientifiche, essere affette da errori sistematici e campionari. Il P.Re.Val.E. utilizza metodologie di disegno di studio e di analisi statistica, basate sulle migliori e più aggiornate conoscenze metodologiche disponibili, che rendono esplicite le possibilità di errore e, dove possibile, mirano a controllarne gli effetti.

In particolare i risultati sono fortemente dipendenti dalla qualità dei dati dei sistemi informativi sanitari. Pertanto, le misure del P.Re.Val.E. possono essere utilizzate in modo appropriato a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo che prevedano una prima fase di valutazione della qualità dei dati.

Il P.Re.Val.E. non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi ma promuove la discussione ed il confronto con i professionisti, le loro associazioni e società scientifiche, sui temi della valutazione di esito.

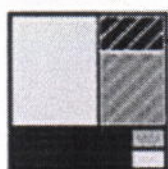
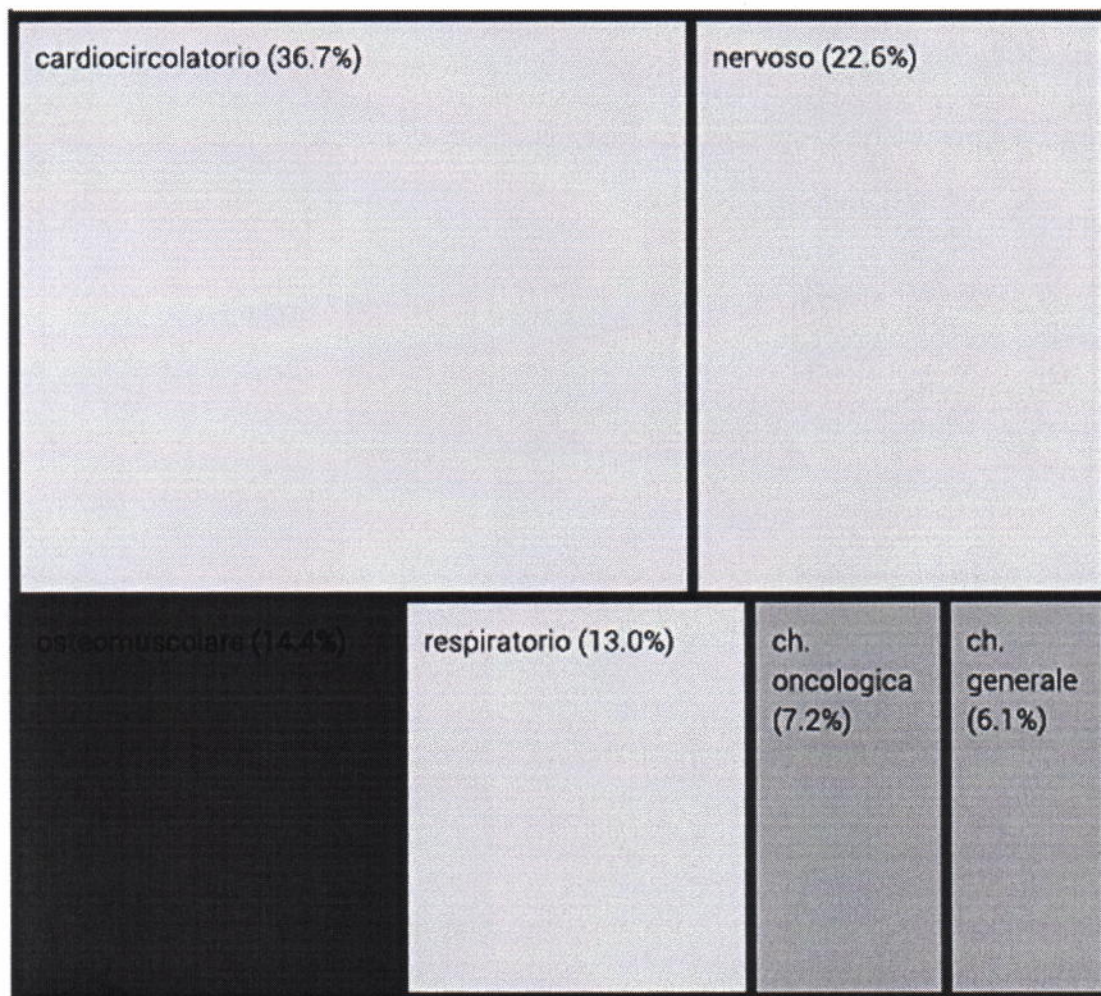
Di seguito l'esito per l'anno 2017 del monitoraggio degli indicatori presenti nel Sistema regionale P.Re.Val.E, come risultanti dalle analisi effettuate dalla Regione Lazio.

A.O.U.U. TOR VERGATA

Livello di aderenza a standard di qualità

Molto alto
 Alto
 Medio
 Basso
 Molto basso
 ND

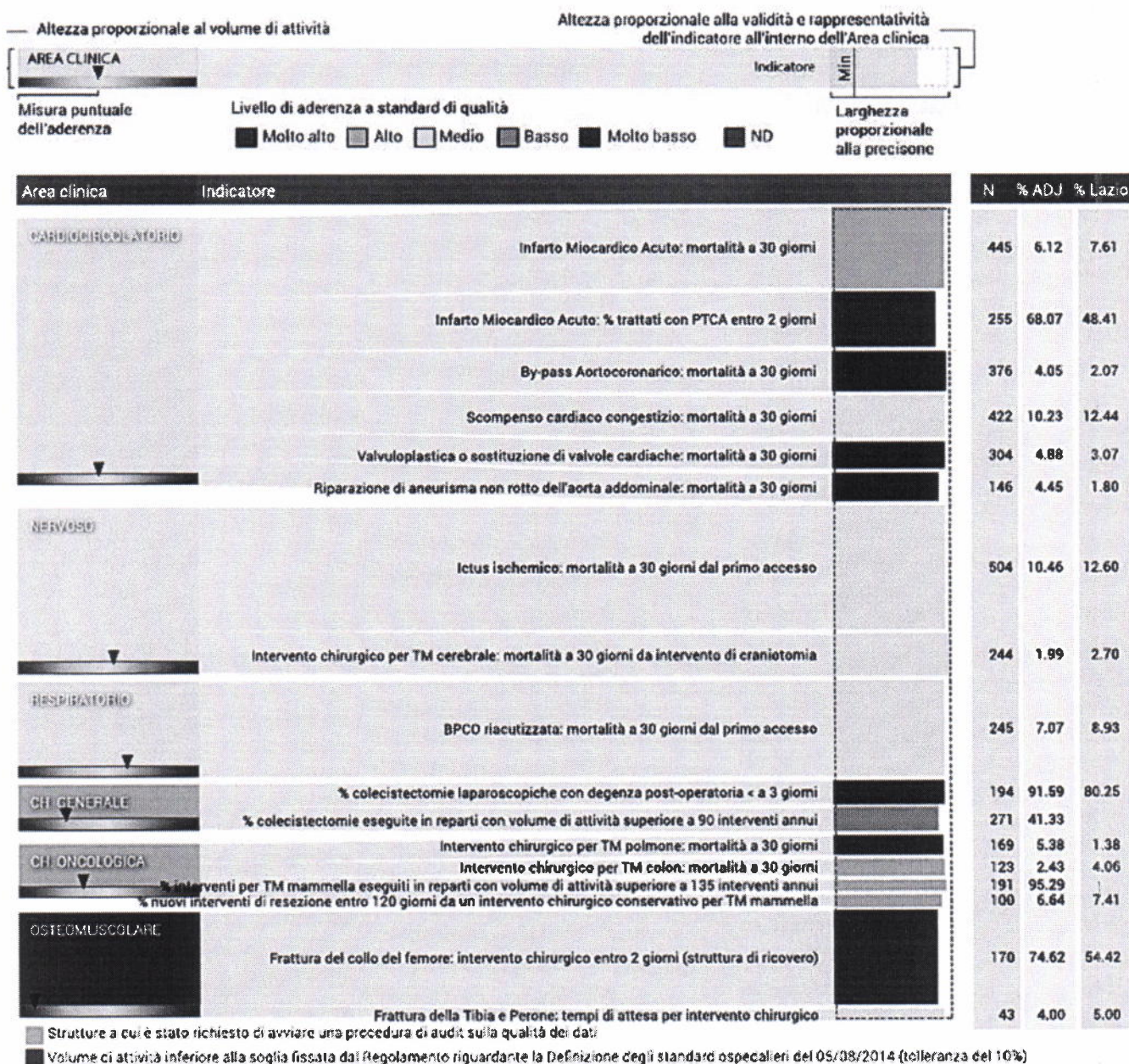
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Area proporzionale al volume di attività

Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

W



5.5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

È stato adottato il regolamento che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati, nel quale si descrive il processo di misurazione della performance organizzativa e individuale, che si articola nelle seguenti fasi:

- assegnazione degli obiettivi e compilazione delle relative schede;
- monitoraggio della performance;
- verifica e redazione delle schede di valutazione.

L'assegnazione degli obiettivi costituisce il risultato dell'attività di programmazione, la Direzione aziendale procede all'assegnazione degli obiettivi individuati ai dirigenti responsabili. La fase di

assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione della scheda obiettivi e con la condivisione con i singoli dirigenti.

La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di Programmi, effettuano il monitoraggio costante dell'andamento delle unità operative, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.

6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

6.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il presente piano è stato redatto in conformità alla DELIBERA n. 112/2010 – “Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*”, in collaborazione tra il Dipartimento Acquisizione e Gestione delle Risorse Umane e il Responsabile della Trasparenza, sarà approvato con Delibera del Direttore Generale.

FASE DEL PROCESSO		SOGGETTI COINVOLTI	ARCO TEMPORALE (MESI) 2018/2019											
			G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M
1	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direttore Generale												
2	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	Direttore Generale												
3	Redazione del Piano	DRUM UOC Controllo direzionale												
4	Approvazione del Piano	Direttore Generale												
5	Comunicazione del Piano	Direttore Generale												
6	Monitoraggio del ciclo della <i>performance</i>	UOC Controllo direzionale												
7	Redazione della Relazione sulla <i>performance</i>	OIV												

6.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Il collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della performance, la programmazione economico-finanziaria e il bilancio rappresentano elementi di particolare attenzione nell'ambito del nuovo assetto del PTV. In particolare quattro sono gli aspetti rilevanti:

- coerenza dei contenuti;
- coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
- coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
- integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

A seguito delle attività di programmazione, vengono predisposte le singole schede con gli obiettivi da assegnare ai direttori delle UOC, ai responsabili delle UOSD e ai titolari di Programma A: per tutte le unità sanitarie, oltre alle schede per i dirigenti amministrativi. Gli obiettivi, gli indicatori ed i target sono stati individuati partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore generale dalla Regione Lazio, in seguito analizzati e “ribaltati” alle unità operative per competenza.

L'attività di contrattazione del budget, per le unità operative sanitarie, si svolge incontrando i singoli responsabili delle unità operative individuate; la calendarizzazione delle riunioni viene articolata su diversi giorni e durante le riunioni sono distribuite, analizzate e commentate le singole

6.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

Il PTV è impegnato a promuovere un miglioramento continuo del ciclo di gestione della *performance*. In particolare alcune possibili azioni di miglioramento sono le seguenti:

- Realizzare una piena integrazione tra il Piano della *performance* e la pianificazione economico-finanziaria e di bilancio.
- Il coinvolgimento degli *stakeholder*. Sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico.

La Direzione Aziendale, i Direttori Dipartimento, i Direttori di U.O.C. i Responsabili di UOSD e i titolari di programmi, effettuano il monitoraggio costante dell'andamento delle unità operative, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di *reporting* aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della *performance*.

7. ALLEGATI TECNICI

7.1. Schede obiettivi dei Dirigenti di area non clinica

Allegato 1A: scheda obiettivi Direttore UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Allegato 1B: scheda obiettivi Direttore UOC Risorse Economiche e Finanziarie.

Allegato 1C: scheda obiettivi Direttore UOC Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori.

Allegato 1D: scheda obiettivi Direttore UOC Affari Generali.

Allegato 1E: scheda obiettivi Direttore UOC Farmacia.

Allegato 1F: scheda obiettivi Direttore UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio.

Allegato 1G: scheda obiettivi Responsabile presso Area Funzionale delle professioni sanitarie-sociali.

Allegato 1H: scheda obiettivi Responsabile UOSD Accoglienza, Tutela e Partecipazione.

Allegato 1I: scheda obiettivi Responsabile UOSD Operations Management.

Allegato 1L: scheda obiettivi Dirigente presso UOC Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori.

Allegato 1M: scheda obiettivi Dirigente presso UOSD Sistemi Informativi.

Allegato 1N: scheda obiettivi Responsabile Programma Aziendale Servizio di Ingegneria Medica.

7.2. Schede obiettivi dei Dirigenti sanitari di area clinica

Dipartimento di Oncoematologia

Allegato 2A: scheda obiettivi Direttore Dipartimento di Oncoematologia.

Allegato 2B: scheda obiettivi Direttore UOC Medicina Nucleare.

Allegato 2C: scheda obiettivi Direttore UOC Radioterapia.

Allegato 2D: scheda obiettivi Direttore UOC Laboratorio Genetica Medica.

Allegato 2E: scheda obiettivi Responsabile UOSD Oncologia.

Allegato 2F: scheda obiettivi Direttore UOC Diagnostica Avanzata Oncoematologica.

Allegato 2G: scheda obiettivi Direttore UOC Trapianto Cellule Staminali.

Allegato 2H: scheda obiettivi Responsabile UOSD Patologie Mieloproliferative.

Allegato 2I: scheda obiettivi Responsabile UOSD Patologie Linfoproliferative.

Dipartimento di Scienze Mediche

Allegato 3A: scheda obiettivi Direttore Dipartimento di Scienze mediche.

Allegato 3B: scheda obiettivi Direttore UOC Gastroenterologia.

Allegato 3C: scheda obiettivi Direttore UOC Cardiologia.

Allegato 3D: scheda obiettivi Direttore UOC Medicina Interna - Centro medico dell'Obesità.

Allegato 3E: scheda obiettivi Direttore UOC Medicina Interna - Centro per l'ipertensione.

Allegato 3F: scheda obiettivi Direttore UOC Endocrinologia e Diabetologia.

Allegato 3G: scheda obiettivi Direttore UOC Reumatologia.

Allegato 3H: scheda obiettivi Direttore UOC Epatologia.

Allegato 3I: scheda obiettivi Direttore UOC Attività ambulatoriale - DH - PAC - PDTA medici.

Allegato 3L: scheda obiettivi Responsabile UOSD Dermatologia.

Allegato 3M: scheda obiettivi Responsabile UOSD Immunopatologia e Allergologia Pediatrica.

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Allegato 4A: scheda obiettivi Direttore Dipartimento Scienze chirurgiche.

Allegato 4B: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Epatobiliare e Trapianti.

Allegato 4C: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Generale.

Allegato 4D: scheda obiettivi Direttore UOC Ortopedia.

Allegato 4E: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Vascolare.

Allegato 4F: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Toracica.

Allegato 4G: scheda obiettivi Direttore UOC Urologia.

Allegato 4H: scheda obiettivi Direttore UOC Ginecologia.

Allegato 4I: scheda obiettivi Direttore UOC Cardiochirurgia.

Allegato 4L: scheda obiettivi Responsabile UOSD Breast Unit.

Allegato 4M: scheda obiettivi Responsabile UOSD Chirurgia mininvasiva e dell'apparato digerente.

Allegato 4N: scheda obiettivi Responsabile UOSD Cardio Toraco Anestesia.

Dipartimento del Benessere della Salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali

Allegato 5A: scheda obiettivi Direttore del Dipartimento del Benessere della Salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali.

Allegato 5B: scheda obiettivi Direttore UOC Psichiatria e Psicologia clinica.

Allegato 5C: scheda obiettivi Direttore UOC Neuropsichiatria infantile.

Allegato 5D: scheda obiettivi Responsabile UOSD Otorinolaringoiatria.

Allegato 5E: scheda obiettivi Responsabile UOSD Oculistica.

Allegato 5F: scheda obiettivi Responsabile UOSD PS Odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali.

Allegato 5G: scheda obiettivi Responsabile UOSD Ortognatodonzia.

Allegato 5H: scheda obiettivi Responsabile UOSD Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale.

Allegato 5I: scheda obiettivi Direttore UOC Neurochirurgia.

Allegato 5L: scheda obiettivi Direttore UOC Neurologia.

- Allegato 5M: scheda obiettivi Responsabile UOSD Sclerosi Multipla.
Allegato 5N: scheda obiettivi Responsabile UOSD Stroke Unit.
Allegato 5O: scheda obiettivi Responsabile UOSD Attività ambulatoriale - DH - PAC – PDTA.
Allegato 5P: scheda obiettivi Responsabile UOSD Parkinson.
Allegato 5Q: scheda obiettivi Responsabile UOSD Demenze.

Dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati

- Allegato 6A: scheda obiettivi Direttore del Dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati.
Allegato 6B: scheda obiettivi Direttore Area Funzionale Diagnostica di laboratorio.
Allegato 6C: scheda obiettivi Direttore UOC Medicina di Laboratorio.
Allegato 6D: scheda obiettivi Direttore UOC Microbiologia e Virologia.
Allegato 6E: scheda obiettivi Responsabile UOSD Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico.
Allegato 6F: scheda obiettivi Responsabile UOSD Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico.
Allegato 6G: scheda obiettivi Direttore UOC Diagnostica per Immagini.
Allegato 6H: scheda obiettivi Responsabile UOSD Neuroradiologia.
Allegato 6I: scheda obiettivi Responsabile UOSD Operation Radiology Management.
Allegato 6L: scheda obiettivi Responsabile UOSD Radiologia Interventistica.
Allegato 6M: scheda obiettivi Direttore dell'Area Funzionale dei Servizi Assistenziali Integrati.
Allegato 6N: scheda obiettivi Direttore UOC Malattie Infettive.
Allegato 6O: scheda obiettivi Responsabile UOSD Terapia Antalgica.
Allegato 6P: scheda obiettivi Responsabile UOSD Medicina Trasfusionale.
Allegato 6Q: scheda obiettivi Responsabile UOSD Counseling Psichiatrico e Psicologico di Supporto al benessere organizzativo ed alle attività cliniche.

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

- Allegato 7A: scheda obiettivi Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione.
Allegato 7B: scheda obiettivi Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia.
Allegato 7C: scheda obiettivi Direttore UOC Anestesia e Rianimazione.
Allegato 7D: scheda obiettivi Direttore UOC Malattie Apparato Respiratorio.
Allegato 7E: scheda obiettivi Responsabile UOSD OBI e Medicina d'Urgenza.
Allegato 7F: scheda obiettivi Responsabile UOSD Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti.
Allegato 7G: scheda obiettivi Responsabile UOSD Chirurgia d'Urgenza.
Allegato 7H: scheda obiettivi Responsabile UOSD Chirurgia Maxillo Facciale.
Allegato 7I: scheda obiettivi Responsabile UOSD Radiologia P.S.

Programmi Aziendali

Allegato 8A: scheda obiettivi Responsabile Programma Aziendale "Biologia Molecolare Clinica"

Allegato 8B: scheda obiettivi Responsabile Programma Aziendale "Fisiatria".

Allegato 8C: scheda obiettivi Responsabile Programma Aziendale "Nutrizione Clinica"

Allegato 9D: scheda obiettivi Responsabile Programma Aziendale "Trattamento del Glaucoma".

7.3. Schede obiettivi di equipe personale di comparto

A titolo di esempio si allegano le schede di assegnazione obiettivi di una struttura amministrativa e di una sanitaria:

Allegato 9A: schede obiettivi di equipe individuali **struttura amministrativa**.

Allegato 9B: schede obiettivi di equipe individuali **struttura sanitaria**.

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	UOC Gestione e sviluppo risorse umane
DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
ANNO DI RIFERIMENTO:	gennaio 2018 - dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento	ISTRUTTORIA(***) : da compilare a fine periodo di riferimento				L'OIV sulla base dell'attività istruttoria, della relazione e documentazione allegata, propone la seguente valutazione		
	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
DESCRIZIONE OBIETTIVO Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti. n. 1	5	100%					
INDICATORE Flussi informativi inviati.							
MODALITA' DI RILIEVO: Report.				RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 2 Pubblicazione delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla trasparenza	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
	5	100% della colonna pubblicazione e aggiornamento					
INDICATORE Informazioni pubblicate sul sito internet aziendale al 30/11/2018.							
MODALITA' DI RILIEVO: Monitoraggio del responsabile della Trasparenza a dicembre 2018.				RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 3 Riesame dei processi amministrativi INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma	PESO OBIETTIVO	20	VALORE ATTESO ANNO 2018	40%	VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018		% RILEVATO RAGGIUNTO		RISULTATO PESATO		RISULTATO RAGGIUNTO	
RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100														
Note														
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 4 Revisione fondi comparto Fondazione e Dirigenza e Sanitaria anche alla luce del nuovo atto Aziendale. Costituzione fondi Dirigenza Medica INDICATORE Verifica della congruità del fondo ai fini della capienza a seguito dell'adeguamento della consistenza dei fondi rispetto alle competenze erogate	PESO OBIETTIVO	10	VALORE ATTESO ANNO 2018	SI	VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018		% RILEVATO RAGGIUNTO		RISULTATO PESATO		RISULTATO RAGGIUNTO	
RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100														
Note														
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 5 Aggiornamento semestrale della dotazione organica integrata per Centro di costo con Dipendenti Universitari, SSN e Sumai, con la specifica delle ore, secondo il nuovo Atto Aziendale. INDICATORE report elaborati.	PESO OBIETTIVO	10	VALORE ATTESO ANNO 2018	2	VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018		% RILEVATO RAGGIUNTO		RISULTATO PESATO		RISULTATO RAGGIUNTO	
RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100														
Note														

DESCRIZIONE OBIETTIVO n.6 Rispetto budget personale, comprensivo di acquisizioni e sostituzioni INDICATORE Monitoraggio mensile dell'assegnazione del budget regionale	PESO OBIETTIVO	20	VALORE ATTESO ANNO 2018	8	VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018		% RILEVATO RAGGIUNTO		RISULTATO PESATO		RISULTATO RAGGIUNTO		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100
Note															
DESCRIZIONE OBIETTIVO n.7 Tempestività dell'avvio di procedure per acquisizioni (entro 3 mesi dall'assegnazione del budget Regionale o dall'autorizzazione Regionale) INDICATORE Monitoraggio trimestrale	PESO OBIETTIVO	10	VALORE ATTESO ANNO 2018	3	VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018		% RILEVATO RAGGIUNTO		RISULTATO PESATO		RISULTATO RAGGIUNTO		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100
Note															
DESCRIZIONE OBIETTIVO n.8 Completamento del conferimento incarichi dirigenziali al personale universitario e ospedalieri a seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale INDICATORE proposta di delibera entro il 01/10/2018	PESO OBIETTIVO	10	VALORE ATTESO ANNO 2018	si	VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018		% RILEVATO RAGGIUNTO		RISULTATO PESATO		RISULTATO RAGGIUNTO		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 9 Definizione incarichi di "funzione" e relativa assegnazione degli incarichi di Comparto	10	si					
<u>INDICATORE</u> proposta del regolamento aziendale sugli incarichi di funzione entro il 30/09/2018 anche ai fini della trasmissione ai sindacati	<u>MODALITA' DI RILIEVO:</u>			RILEVATO X 100 / ATTESO			
	Documento			% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

Totale Pesi 100

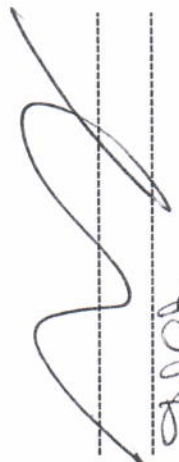
FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, li' 25/07/2018

IL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRIGENTE VALUTATO




 VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI
RISULTATI Istruttoria(****)
Totale
RaggiuntoTotale
Raggiun-
to
 VERIFICA RAGGIUNGIMENTO
DEI RISULTATI OIV

Note

Firma componenti OIV

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: ____/100

Note

Roma, lì _____

 _____
IL DIRETTORE GENERALE

_____ **IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

_____ **IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA**

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.



H.A. Allegato B

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	UOC Risorse economiche e finanziarie
DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE:	Dr. Stefano Piccari
ANNO DI RIFERIMENTO:	gennaio 2018 - dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento		ISTRUTTORIA(***) : da compilare a fine periodo di riferimento				L'OIV sulla base dell'attività istruttoria, della relazione e documentazione allegata, propone la seguente valutazione	
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
INDICATORE Flussi informativi inviati.	5	100%					
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 1 Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti.		MODALITA' DI RILIEVO: Report.					
		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100					

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO Pubblicazione delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla trasparenza.	5	100% della colonna pubblicazione e aggiornamento	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
INDICATORE Informazioni pubblicate sul sito internet aziendale al 30/11/2018.								
		MODALITA' DI RILIEVO: Monitoraggio del responsabile della Trasparenza a dicembre 2018						
		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100						

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO									
n. 3 Riesame dei processi amministrativi									
PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO			
20	40%								
INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma									
MODALITA' DI RILIEVO: documentazione qualità									
RILEVATOX100/ATTESO									
% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100									

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO									
PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la									
n. 4 certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio.									
PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO			
30	100%								
INDICATORE rispetto dei contenuti e scadenze attività di sostanza per quanto di competenza nel rispetto delle scadenze stabilite dal Piano Regionale									
MODALITA' DI RILIEVO: Comunicazione UOC Risorse Economiche e finanziarie.									
RILEVATOX100/ATTESO									
% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100									

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO									
n. 5 Monitoraggio andamento bilancio rispetto all'anno 2017									
PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO			
30	-								
INDICATORE									
peso									
1. Monitoraggio mensile, con evidenza del delta rispetto al programmato bilancio preventivo da inviare alla direzione strategica e ai dirigenti gestori dei conti economici									
15									
2. Riunioni trimestrali sui CE									
15									
RILEVATOX100/ATTESO									
% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100									

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n.6	Monitoraggio andamento tempi liquidazione fatture attraverso incontri mensili con i RUP e i DEC	10	6					
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO:						
report mensili con l'indicazione di eventuali criticità riscontrate anche nelle riunioni con il dirigente della UOC Acquisizione forniture servizi e lavori		RILEVATO X 100 / ATTESO						
Report.		% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100						
Note		Totale Pesi 100						

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____

IL DIRIGENTE DI STRUTTURA VALUTATO _____

VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI (***)	VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI
Totale Raggiunto	Totale Raggiunto

Note

FIRMA COMPONENTI OIV
Firma componenti OIV _____ _____ _____ _____

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____ /100

Note

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____

IL DIRIGENTE DI STRUTTURA VALUTATO _____

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori
DIRIGENTE VALUTATO	Dr.ssa Carla Cianciullo
ANNO DI RIFERIMENTO	01 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento

ISTRUTTORIA(***) da compilare a fine periodo di riferimento

DESCRIZIONE OBIETTIVO:	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 1 Scadenario contratti per beni e forniture aggiornato trimestralmente ed inviato alla Direzione strategica, a Farmacia e RUP/DEC di riferimento.	5	3					
INDICATORE report trimestrale e relativo invio		MODALITA' DI RILIEVO: Report+mail			RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2017	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Partecipazione proattiva dell'area project office coordinato dal risk management	10	si					
INDICATORE partecipazione alle riunioni convocate dal Risk Manager		MODALITA' DI RILIEVO: relazione al DG			RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		

Note

<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>							
Avvio del processo di programmazione procedure di gara e indizione almeno 6 mesi prima della scadenza del precedente affidamento a partire dal secondo semestre 2018. (OBIETTIVO LEGATO ALLE STRUTTURE CHE DEVONO TRASMETTERE IL CAPITOLATO).							
n. 3							
PESO	15	entro il 31 dicembre 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
INDICATORE Relazione			MODALITA' DI RILIEVO: Relazione		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		
Note							
<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>							
Tempestività degli invii dei flussi informativi "Ordini" e "Contratti" definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti.							
n. 4							
PESO	5	100%	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
INDICATORE Flussi informativi inviati entro le date prescritte.			MODALITA' DI RILIEVO: Report.		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		
Note							
<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>							
Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla trasparenza.							
n. 5							
PESO	5	100% della colonna pubblicazione e aggiornamento	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
INDICATORE Informazioni pubblicate sul sito internet aziendale al 30/11/2017.			MODALITA' DI RILIEVO: Monitoraggio del responsabile della Trasparenza a dicembre 2018.		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		
Note							

2

[illegible]

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 8	Efficientamento del processo di manutenzione delle attrezzature elettromedicali	20	-					
	INDICATORE	PESO	ATTESO	MODALITA' DI RILIEVO				
	1. Implementazione e miglioramento procedure per la semplificazione e monitoraggio delle procedure contrattuali di affidamento (e della relativa gestione) a copertura dei guasti attualmente non ricompresi nel global service né negli altri contratti di manutenzione (in quanto relativi a elettromedicali non ricompresi del parco macchine di cui al global service e agli ulteriori citati contratti ovvero in quanto afferenti a categorie di guasti non coperte da detti contratti) al fine di garantire conclusivamente la correzione dei guasti entro 7 giorni dalla richiesta, con particolare riferimento ai riuniti odontoiatrici	10	100%	documento				
	2. Tempestività nelle acquisizioni autorizzate dal Nucleo di Valutazione. Avvio delle procedure di gara entro 20 giorni dall'acquisizione della delibera del Nucleo.	10	100%	report				

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 9 Riesame dei processi amministrativi	25	40%					
INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma				RILEVATO X 100 / ATTESO			
				% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT / 10			
Note							
Totale pesi 100							
FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI							
Roma, li' _____							
Il DIRETTORE GENERALE _____							
Il DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____							
Il DIRIGENTE VALUTATO _____							
VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)				RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV			
Totale Raggiunto				Totale Raggiunto			
Note							

Firma componenti OIV

.....
.....
.....

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____ /100

Note

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.

H.I. Alegria A

H.I. Alegria A

H.I. Alegria A

H.I. Alegria A

H.I. Alegria A

H.I. Alegria A

H.I. Alegria A

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 3 Predisposizione in collaborazione con il DPO Aziendale degli atti di nomina referenti privacy in osservanza al nuovo GDPR 2016 n. 679 e U.	10	si					
INDICATORE Predisposizione atti entro il 30/10/2018		MODALITA' DI RILIEVO: Report.					
RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100							

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 4 Predisposizione delle convenzioni ovvero dei rinnovi delle convenzioni entro 15 gg dalla scadenza, fungendo da raccordo con tutti gli uffici interessati, con segnalazione al DA e al DG di eventuali ritardi dei suddetti uffici.	5	100%					
INDICATORE Atti trasmessi 15 gg prima della scadenza.		MODALITA' DI RILIEVO: Report.					
RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100							

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2017	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 5 Consegna alla firma del DG dei contratti/convenzioni di sperimentazioni cliniche entro il termine massimo di 20 gg dalla ricezione da parte dell'ufficio dei relativi verbali del Comitato Etico.	5	100%					
INDICATORE Atti trasmessi entro 20 gg.		MODALITA' DI RILIEVO: Report.					
RILEVATOX100 % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100							

Note

Note									
n. 6	DESCRIZIONE OBIETTIVO Applicazione della Legge 24/2017 per le procedure di competenza del CVS e del settore assicurativo come da delibera aziendale	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO	
		10	si						
		MODALITA' DI RILIEVO: verbali sedute CVS				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			
Note									
n. 7	DESCRIZIONE OBIETTIVO Attivazione funzione interna all'Audit	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO	
		10	si						
		MODALITA' DI RILIEVO: DDG				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			
Note									
n. 8	DESCRIZIONE OBIETTIVO Messa a regime sistema delle determinazioni dirigenziali	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO	
		10	si						
		MODALITA' DI RILIEVO: Relazione				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			
Note									

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 9 Formalizzazione deleghe di cui all'art 16 Atto Aziendale		10	si					
INDICATORE Proposte di delibere delega verso dirigenti incaricati di struttura afferenti alla DG e DA secondo il funzionigramma entro il 30/10/2018						RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 10 Monitorare stato attuazione DDG 300 del 19/04/2017 con proposte migliorative in ordine alle criticità rilevate		10	si					
INDICATORE Presentazione relazione al 30/11/2018						RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 11 Proposta regolamento sperimentazioni cliniche		5	si					
INDICATORE presentazione proposta delibera entro il 30/09/2018						RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100		
Note								

Totale Pesì 100

Note	VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI (****)		VERIFICA RAGGIUNGIMENTO
	Totale Raggiunto		Totale Raggiunto

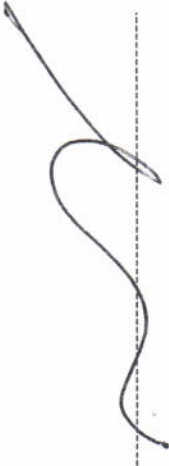
FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____

IL DIRIGENTE VALUTATO _____


A. D'Amico

Note	VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)		VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV
	Totale Raggiunto		Totale Raggiunto

Firma componenti OIV



Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____/100

Note

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA _____

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.



SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	UOC FARMACIA
DIRIGENTE VALUTATO	Dr. ssa Maria Grazia Celeste
ANNO DI RIFERIMENTO	01 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento		ISTRUTTORIA(***): da compilare a fine periodo di riferimento					
DESCRIZIONE OBIETTIVO:	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 1 Rispetto del budget concordato per farmaci	10	100%					
INDICATORE Individuazione e applicazione manovre correttive nel caso di sfioramento sulla base dei monitoraggi mensili		RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPEO OBIETT/100					
MODALITA' DI RILIEVO: Report							

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO:		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Attendibilità del flusso R, flusso FARMED e flusso Dispositivi Medici di competenza della Farmacia.		2,5	100%					
INDICATORE								
Trasmissione trimestrale flusso R e Flusso FARMED nei termini previsti da norme regionali; trasmissione mensile flusso consumi DM.		MODALITA' RILIEVO Rilevabile da (SIGES) piattaforma regionale.						
		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100						

Note

Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO:		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Assicurare tutti gli adempimenti previsti dalle Determinine regionali 3636 e 2911 - 2010 per la parte di competenza della Farmacia.		2,5	≥ 60					
INDICATORE		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100						
Rispetto completezza e tempestività matrice invii con rif.to protocollo report.		MODALITA' RILIEVO Report quantificazione rimborsi AIFA.						

Note

<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 3 Riesame dei processi amministrativi		20	40%					
<u>INDICATORE</u> N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma		RILEVATOX100/ATTESO						
		% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100						
Note								
<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 4 Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture		5	100%					
<u>INDICATORE</u> Liquidazione entro 30 giorni dalla registrazione		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100						
Note								
<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 5 Rispetto LEA farmaceutica in relazione a nuovo DPCM e al prontuario terapeutico regionale		10	entro il 30/09/2018					
<u>INDICATORE</u> Aggiornamento del PTA		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100						
Note								

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n.6 Ottimizzazione spesa farmaceutica	20	100%					
INDICATORE Completamento conto deposito dispositivi specialistici in gara o trattative entro il 31/12/2018				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			
MODALITA' RILIEVO							
Note							
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 7 Completamento degli armadietti virtuali di reparto per T.I.	20	si					
INDICATORE entro il 31/12/2018				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			
Note							

DESCRIZIONE OBIETTIVO Produzione di reportistica dal BOA e allocazione di tutti i dispositivi specialistici e di quelli più costosi dei generici sul centro di responsabilità utilizzatore insieme a controllo di gestione		PESO OBIETTIVO 10	VALORE ATTESO ANNO 2018 100%	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
INDICATORE report		MODALITA' DI RILIEVO: comunicazione al DG			RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPESO OBIETT/100			
Note								
totale pesi 100								
FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI								
Roma, lì								
IL DIRETTORE GENERALE								
IL DIRETTORE SANITARIO								
IL DIRIGENTE VALUTATO								
VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)		VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV						
Totale Raggiunto		Totale Raggiunto						
Note								

5

Firma componenti ONV

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: /100

Note

Roma, li' _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRETTORE SANITARIO _____

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA _____

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.

4.1. Allegato 17

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTE

STRUTTURA	UOC Progettazione sviluppo e gestione del patrimonio
DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE	Ing. Stefano Cordiner
ANNO DI RIFERIMENTO	1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento	ISTRUTTORIA(***) (****): da compilare a fine periodo di riferimento	L'OIV sulla base dell'attività istruttoria, della relazione e documentazione allegata, propone la seguente valutazione
---	---	--

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
-----------------------	----------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------	------------------	---------------------

n. 1 Predisposizione, d'intesa con il/i RUP della procedura per richieste riparazioni ed interventi strutturali con evidenza del richiedente, dei costi, e dei tempi di intervento, con priorità per gli interventi attinenti alla sicurezza sul lavoro.

INDICATORE predisposizione procedura
MODALITA' DI RILIEVO: entro il 30/10/2018
 RILEVATOX100/ATTESO
 % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
-----------------------	----------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------	------------------	---------------------

n. 2 Predisposizione timing interventi manutenzione urgenti

INDICATORE predisposizione timing
MODALITA' DI RILIEVO: SI
 RILEVATOX100/ATTESO
 % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO							
n. 3 Razionalizzazione degli spazi interni al fine di favorire la migliore allocazione dei percorsi clinici e della logistica	25	si												
INDICATORE	report effettiva ottimizzazione degli spazi													
MODALITA' DI RILIEVO: report														
RILEVATOX100/ATTESO														
% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100														
Note														
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO							
n. 4 Completamento della documentazione per la Segnalazione Certificata di Inizio Attività e per l'accreditamento delle strutture	25	100%												
INDICATORE	completamento documentazione entro il 3/12/2018													
MODALITA' DI RILIEVO: documento														
RILEVATOX100/ATTESO														
% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100														
Note														
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO							
n. 5 Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture.	10	100%												
INDICATORE	Liquidazione entro 30 giorni dalla registrazione.													
MODALITA' DI RILIEVO: Report.														
RILEVATOX100/ATTESO														
% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100														
Note														

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACGETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 6 Riesame dei processi amministrativi	10	40%					
INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma				MODALITA' DI RILIEVO: documentazione qualità			
				RILEVATOX100/ATTESO			
				% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100			
Note							
100							
FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI							
Roma, li' _____							
II DIRETTORE GENERALE _____							
IL DIRIGENTE VALUTATO _____							
VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)				VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV			
Totale Raggiunto				Totale Raggiunto			

Note

Firma componenti OIV ----- ----- -----	Verifica finale del raggiungimento dei risultati
Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____ /100	
Note Roma, li' _____ _____ IL DIRETTORE GENERALE _____ IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA _____	
Legenda: (*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%. (**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo. (***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.	



M.I. Allegato 1 G

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	c/o AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE SOCIALI
DIRIGENTE VALUTATO	Dr. Alessandro Sili
ANNO DI RIFERIMENTO	01 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento

ISTRUTTORIA(***): da compilare a fine periodo di riferimento

DESCRIZIONE OBIETTIVO:	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 1 Incrementare le prestazioni/ricavi ambulatoriali del 10% rispetto al 2017	20	>10%					
INDICATORE ricavi 2018 rispetto ai ricavi 2017		MODALITA' DI RILIEVO: report controllo di gestione					
		RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPESO OBIETT/100					

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 2 Verifica percorsi ausiliari/oss ai fini della predisposizione della dotazione organica degli OSS e di un eventuale capitolato di somministrazione per gli ausiliari INDICATORE Relazione	PESO 20	VALORE ATTESO ANNO 2018 entro il 31/12/2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO	
		MODALITA' DI RILIEVO: Comunicazione al DG		RILEVATO X 100 / ATTESO % RISULTATO RAGGIUNTO OBIETT/100				
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 3 Analisi delle mansioni attribuite agli infermieri con prescrizione amministrativa, al fine di una eventuale loro ricollocazione INDICATORE Report/proposta	PESO 10	VALORE ATTESO ANNO 2018 si	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO	
		MODALITA' DI RILIEVO: Report		RILEVATO X 100 / ATTESO % RISULTATO RAGGIUNTO OBIETT/100				
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 4 Proposta di nuova configurazione PO e Coordinamenti in attuazione al nuovo CCNL INDICATORE Presentazione proposta	PESO OBIETTIVO 20	VALORE ATTESO ANNO 2018 nei tempi necessari per la contrattazione	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO	
		MODALITA' DI RILIEVO: Comunicazione al DG		RILEVATO X 100 / ATTESO % RISULTATO RAGGIUNTO OBIETT/100				
Note								

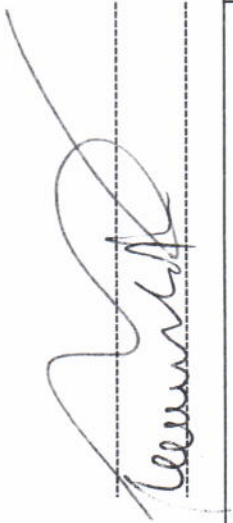
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 5	contenere le sostituzioni di maternità, fatte salve particolari situazioni autorizzate dal DG	15	<= 8					
INDICATORE report risorse umane		MODALITA' DI RILIEVO: Comunicazione al DG						
		RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPESO OBIETT/100						
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 6	erogazione consulenze wound care, stoma care e PICC entro 24 ore	15	>=90%					
INDICATORE consulenze totali rispetto a quelle erogate entro le 24 ore dalla richiesta (esclusi week-end)		MODALITA' DI RILIEVO: report controllo gestione						
		RILEVATOX100/ATTESO % RILEVATO RAGGXPESO OBIETT/100						
Note								
tot		100						

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRIGENTE VALUTATO _____



VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO
DEI RISULTATI istruttoria("****")

Totale
Raggiunto

VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI
RISULTATI OIV

Totale Raggiunto

Note



Firma componenti OIV ----- ----- -----	
Verifica finale del raggiungimento dei risultati	
Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____ /100	
Note	
Roma, li' _____	
IL DIRETTORE GENERALE	-----
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	-----
IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA	-----
Legenda:	
(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.	
(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.	
(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.	



I.L. Allegato 1 H

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	UOSD ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE
DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE	Dott.ssa Maria Rosa Loria
ANNO DI RIFERIMENTO	1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento	ISTRUTTORIA(***) : da compilare a fine periodo di riferimento				L'ONV sulla base dell'attività istruttoria, della relazione e documentazione allegata, propone la seguente valutazione		
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 1 Rorganizzazione servizio CUP attraverso l'utilizzo di unità interne.	15	entro stipula nuovo contratto					
INDICATORE Riorganizzazione SI/NO		MODALITA' DI RILIEVO: Relazione al DG		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Aggiornamento sito internet	15	si					
INDICATORE Pubblicazione informazioni relative alla nuova organizzazione prevista nell'Atto Aziendale entro il 31/12/2018		MODALITA' DI RILIEVO: Monitoraggio sito internet		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
	20	40%					
n. 3 Riesame dei processi amministrativi							
INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma	MODALITA' DI RILIEVO: documentazione qualità			RILEVATOX100/ATTESO			
	% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100						

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 4 Carta dei Servizi 2018 - aggiornamento (DG - C7).	5	sì					
INDICATORE Presenza della carta dei Servizi Sanitari aggiornata sul sito web aziendale.		MODALITA' DI RILIEVO: Verifica sito web aziendale.		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 5	Analisi mensile relativa alla gestione dei reclami/suggerimenti/encomi, in collaborazione con rischio clinico e direzione sanitaria, attraverso riunioni frontali e proposte di miglioramento.	15	SI				
INDICATORE Report mensile.		MODALITA' DI RILIEVO: Disponibilità del report nel sito intranet del Policlinico					

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n.6 Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture.		10	100%					
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO:						
Liquidazione entro 30 giorni dalla registrazione.		Report						
		RILEVATOX100/ATTESO						
		% RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100						
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 7 Definizione, gestione e monitoraggio delle procedure per la riscossione delle somme relative alle attività non regolarmente incassate (codici bianchi giorni festivi, prestazioni prenotate e non disdette, preospedalizzazione non seguita da ricovero ecc.)		20						
INDICATORE		peso	atteso entro il	Modalità di rilievo				
1. Definizione procedura		10	30/10/2018	documento				
2. Monitoraggio nebsile attraverso la produzione di report		10	5	report				
		RILEVATOX100/ATTESO						
		% RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100						
Note								

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RILEVATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 8 Ricognizione normativa, monitoraggio ed applicazione del sistema tariffario ambulatoriale per i profili amministrativi in raccordo con la DS	20	si					
INDICATORE	RILEVATOX100/ATTESO						
relazione al 30/10/2018	% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100						
	Modalità di rilievo relazione						

Note

Totale Pesi 100

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, lì _____

Il DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRIGENTE VALUTATO _____



VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)	VERIFICA RAGGIUNGIMENTI DEI RISULTATI OIV
Totale Raggiunto	Totale Raggiunto

Note

Firma componenti OIV

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: ____ /100

Note

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA _____

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.

7.1. Allegato II

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	UOSD Operations Management
DIRIGENTE VALUTATO	Dr. Federico Cozza
ANNO DI RIFERIMENTO	01 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento		ISTRUTTORIA(***) : da compilare a fine periodo di riferimento					
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n.1 Avvio razionalizzazioni percorsi peri-operatori	40	70%					
INDICATORE pulizia liste di attesa		MODALITA' DI RILIEVO: Verifica liste di attesa					

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Monitoraggio del percorso di razionalizzazione delle sale operatorie	20	invii bimestrali					
INDICATORE relazione bimestrale con indici di valutazione del percorso		MODALITA' DI RILIEVO: Trasmissione al DG.					

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 3	Incontri periodici con unità operative chirurgiche e servizi coinvolti nel percorso chirurgico.	40	entro il 31/12/2018					
INDICATORE Redazione verbale			MODALITA' DI RILIEVO: trasmissione al DG					
Note								



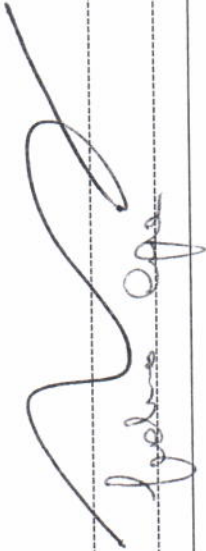
totale pesi #RIF!

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, li' _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRIGENTE VALUTATO _____





A.	VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI Istruttoria(****)		VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV
	Totale Raggiunto		Totale Raggiunto o
Note			
		Firma componenti OIV	
Verifica finale del raggiungimento dei risultati			
Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: /100			
Note			
Roma, li' _____			
IL DIRETTORE GENERALE IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA			
Legenda:			
(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.			
(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di			
(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.			



SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	c/o UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori
DIRIGENTE VALUTATO	Dr.ssa Gioia Amadei
ANNO DI RIFERIMENTO	01 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

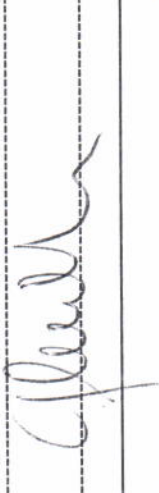
OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento		ISTRUTTORIA(***) : da compilare a fine periodo di riferimento					
DESCRIZIONE OBIETTIVO		VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 1	Gestione dello scadenziario degli appalti di lavori di servizi e forniture	10	si				
<u>INDICATORE</u>		<u>PESO</u>	<u>ATTESO</u>	<u>MODALITA' DI RILIEVO</u>	RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100		
1. Nel rispetto della programmazione acquisti, tenuta dello scadenziario ed allert 8 mesi prima della scadenza dei contratti al settore che deve provvedere alla gara		5	a partire dal II semestre 2018	report			
2. Acquisizione da parte del RUP e del DEC delle criticità riscontrate nella gestione del contratto in corso finalizzata alla redazione del nuovo bando		5	100%	documento			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Coordinamento e supporto dei RUP e DEC ai fini del rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture e corretta gestione dei contratti		60	si					
INDICATORE		peso	atteso	Modalità di rilievo	RILEVATOX100/ATTESO			
1. Regolamentazione generale dei raccordi UOC approvvig./RUP e DEC più censimento/aggiornamento RUP/DEC per tutti i rapporti contrattuali in corso		30	-	documenti				
2. Riunioni mensili con i RUP e DEC per verifica andamento liquidazione fatture e criticità gestionali (riunioni per gruppi omogenei) favorendo l'eventuale incontro con il dirigente dell'area critica di competenza		30	6	verbale incontri	% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			
Note								



<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>							
n. 3 Verifica attività/adempimenti cassa economale.							
<u>INDICATORE</u> Validazione settimanale della verifica di cassa economale.		<u>MODALITA' DI RILIEVO:</u> Report mensile alla DG.		RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGXPESO OBIETT/100			
PESO OBIETTIVO		VALORE ATTESO ANNO 2018		VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018	
10		8					
						% RISULTATO RAGGIUNTO	
						RISULTATO PESATO	
						RISULTATO RAGGIUNTO	
<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u>							
n. 4 Riesame dei processi amministrativi							
<u>INDICATORE</u> N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma		<u>MODALITA' DI RILIEVO:</u> documentazione qualità		RILEVATOX100/ATTESO		% RISULTATO RAGXPESO OBIETT/100	
PESO OBIETTIVO		VALORE ATTESO ANNO 2018		VALORE MINIMO ACCETTABILE		RILEVATO ANNO 2018	
20		40%					
						% RISULTATO RAGGIUNTO	
						RISULTATO PESATO	
						RISULTATO RAGGIUNTO	
<u>Note</u>							
<u>Note</u>							
Totale Pesi 100							

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI		
Roma, lì _____		
II DIRETTORE GENERALE _____ 		
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____ 		
IL DIRIGENTE VALUTATO _____		
VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)		RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV
Totale Raggiunto		Totale Raggiunto 0
Note		
Firma componenti OIV		
Verifica finale del raggiungimento dei risultati		
Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: ____/100		
Note		

Roma, lì _____	
II DIRETTORE GENERALE	-----
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	-----
IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA	-----
Legenda:	
(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.	
(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.	
(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.	



H. L. Allegato 1 M

SCHEDA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DIRIGENTI

STRUTTURA	c/o UOSD SISTEMI INFORMATIVI
DIRIGENTE VALUTATO	Ing. Giuseppe Guarnieri
ANNO DI RIFERIMENTO	01 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento		ISTRUTTORIA(***): da compilare a fine periodo di riferimento					
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 1 Riepilogo dei processi amministrativi	20	40%					
INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma previste per la UOSD presso cui viene svolta l'attività		MODALITA' DI RILIEVO: documentazione qualità		RILEVATO X 100 / ATTESO			
				% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2 Adempimenti normativa privacy	30	si					
INDICATORE Redazione piano di sicurezza informatica entro il 31/12/2018		MODALITA' DI RILIEVO:					

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 3 Rorganizzazione servizio CUP attraverso utilizzo di 10 unità interne. INDICATORE Riorganizzazione S/NO	PESO OBIETTIVO 15	VALORE ATTESO ANNO 2018 entro stipula nuovo contratto	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
MODALITA' DI RILIEVO: Relazione al DG RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100							
Note							
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 4 Completamento informatizzazione cartella clinica ambulatoriale INDICATORE % di unità operative ambulatoriali configurate per l'utilizzo del software sul totale delle UO ambulatoriali	PESO 15	VALORE ATTESO ANNO 2018 80%	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
MODALITA' DI RILIEVO: analisi software cartelle cliniche							
Note							
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 5 Monitoraggio aree di ottimizzazione previo investimento tecnologico informatico INDICATORE Report di monitoraggio entro il 31/12/2018	PESO 20	VALORE ATTESO ANNO 2018 si	VALORE MINNIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
MODALITA' DI RILIEVO: report							
Note							

totale pesi 100

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

Roma, lì _____



IL DIRETTORE GENERALE _____

IL DIRIGENTE VALUTATO _____

VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI istruttoria(****)		VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI OIV
Totale Raggiunto		Totale Raggiunto

Note

Firma componenti OIV

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____ /100

Note

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE
IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.



STRUTTURA

Programma Aziendale Servizio di Ingegneria Medica

DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE:

Prof. Nicola Rosato

ANNO DI RIFERIMENTO:

1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018

SCHEDE DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

OBIETTIVI (*) (): da compilare ad inizio del periodo di riferimento**

L'OIV sulla base dell'attività istruttoria, della relazione e documentazione allegata, propone la seguente valutazione

ISTRUTTORIA^(*)): da compilare a fine periodo di riferimento

VALORE MINNIMO	ACCETTABILE
-------------------	-------------

[illegible]

PESO
OBIETTIVO

RAGGIUNTO		% RISULTATO	
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

RILEVATO
ANNO 2018

RISULTATO
PESATO

RISULTATO RAGGIUNTO

DESCRIZIONE OBIETTIVO:

Redazione di un documento contenente le seguenti informazioni, da inviare trimestralmente:

1. stato di avanzamento delle gare di appalto in cui è coinvolto il SIM (redazione capitolato tecnico / attesa offerte / valutazione offerte / attesa consegna / collaudo effettuato);
2. elenco dei collaudi effettuati;
3. inventario delle apparecchiature biomediche aggiornato, con l'indicazione dello stato di funzionamento delle apparecchiature ed evidenza sulle apparecchiature definitivamente non funzionanti o non utilizzate;
4. stato dei contratti la cui responsabilità / esecuzione è affidata al SIM, con dettaglio su:
 - a. livello di adempienza e penali applicate;
 - b. contratti in scadenza nei prossimi 12 mesi;
5. evidenza dei reparti o servizi assistenziali nei quali si siano verificati i seguenti episodi:
 - a. danni ad apparecchiature dovuti ad uso improprio da parte del personale (da inviare anche all'UOC Risorse Umane);
 - b. furti o smarrimenti di apparecchiature biomediche o relativi accessori.

n.1

INDICATORE

Trasmissione trimestrale entro il 15 del mese successivo al trimestre alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Amministrativa e alla UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori con proposta di azioni correttive per il miglioramento dei percorsi

MODALITA' DI RILIEVO:

Analisi Protocollo.

RILEVATOX100/ATTESO	% RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 2	Redazione di capitolati tecnici di gara 6 mesi prima della scadenza dei contratti trasmessi alla UOC Approvvigionamenti	10	> 90%					
INDICATORE								
Capitolati predisposti 6 mesi prima della scadenza dei contratti.								
MODALITA' DI RILIEVO:								
Report UOC A								
RILEVATOX100/ATTESO								
% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100								
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 3	Creazioni procedure per il buon uso e la responsabilizzazione all'utilizzo delle attrezzature e organizzazione incontri clinici di formazione a tutti gli utilizzatori specializzando compresi, a cura delle ditte, per evitare usi impropri, per tutte le categorie di attrezzature ad uso complesso e che si deferano di più (colonne laparo, apparecchi di anestesia, endoscopi, gastroscopi, broncoscopi ecc).	10						
INDICATORE								
elaborazione procedure		PESO						
n. incontri		5						
MODALITA' DI RILIEVO								
documenti		ATTESO						
verbal		si						
3 incontri								
RILEVATOX100/ATTESO								
% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100								
Note								
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 4	Individuazione azioni, con responsabile BO e Radiologia, per normalizzare i tempi dei fermi macchine in caso di rotture, anche tramite l'implementazione/completamento della individuazione dei "referenti" di reparto per la tempestiva segnalazione delle criticità e soluzione quanto anche ai fini delle penali di contratto.	5	si					
INDICATORE								
Proposta presentata al DG entro 31/12/2018								
MODALITA' DI RILIEVO								
documentato al DG								
RILEVATOX100/ATTESO								
% RISULTATO RAGGXPEO OBIETT/100								
Note								

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 5 Individuazione azioni, con responsabili aree Odontoiatriche, per normalizzare i tempi dei fermi macchine in caso di rotture, anche tramite l'implementazione/completamento della individuazione dei "referenti" di reparto per la tempestiva segnalazione delle criticità e soluzione guasto anche ai fini delle penali di contratto.	10	SI					
INDICATORE Proposta presentata al DG entro 31/12/2018							
Modalità di rilievo documentato al DG				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 6 Semplificazione e velocizzazione delle procedure contrattuali di affidamento (e della relativa gestione) a copertura dei guasti attualmente non ricompresi nel global service né negli altri contratti di manutenzione (in quanto relativi a elettromedicali non ricompresi del parco macchine di cui al global service e agli ulteriori citati contratti ovvero in quanto afferenti a categorie di guasti non coperte da detti contratti) al fine di garantire conclusivamente la correzione dei guasti entro 15 giorni dalla richiesta.	5	SI					
INDICATORE Elaborazione di procedure (da condividere con UOC Approvvigionamenti forniture, servizi elavori) entro il 30/09/2018							
Modalità di rilievo documentato al DG				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 7 Corretta gestione della procedura HTA	5	80%					
INDICATORE Tempi di valutazione delle richieste <= 30 gg							
Modalità di rilievo documentato al DG				RILEVATOX100/ATTESO % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

Note

n.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO PESATO	RISULTATO RAGGIUNTO
n. 8	Tempestività nelle acquisizioni autorizzate dal Nucleo di Valutazione - bando entro max DUE mesi dall'autorizzazione.	10	100%					
	INDICATORE data collaudo ≤ 6 mesi dalla data di DDG acquisizione							
	Note							
n. 6	PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio.	15	100%					
	INDICATORE Rispetto dei contenuti e scadenze attività di sostanza per quanto di competenza nel rispetto delle scadenze stabilite dal Piano Regionale							
	Note							
n. 7	Riesame dei processi amministrativi	10	40%					
	INDICATORE N° di procedure definite, riesaminate, anche alla luce della normativa ISO 9001: 2015 sul totale delle procedure di cui al funzionigramma							
	Note							
Totale Pesì		100						

Firma componenti OIV

Verifica finale del raggiungimento dei risultati

Il Direttore Generale, sulla base della proposta dell'OIV e della documentazione allegata, assegna il seguente punteggio pari a: _____ /100

Note

Roma, lì _____

IL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA VALUTATA

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.



STRUTTURA: Dipartimento di Oncematologia

DIRETTORE: PROF. SCHILLACI

PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE											
A	COD	OGGETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OGGETTIVO	NOTE
	A1	Riunioni mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	50	
	A2	Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
	A3	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, trasparenza e qualità	Tempo di attesa per la referenziazione di esami in regime ordinario entro 1 gg dall'esecuzione	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
									0	100	
TOTALE PESO											
RILEVATO									0	100	
OGGETTIVO											

STRUTTURA: U.O.C. Medicina Nucleare

DIRETTORE: PROF. SCHILLACI

B EFFICIENZA											
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE	
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO		
B16	Miglioramento appropriatezza	Predisposizione linee di utilizzo appropriato in sede di ricovero ORD/DH e monitoraggio del rispetto di tale appropriatezza	DS	Presenza linee guida e monitoraggio	Presenza linee guida e monitoraggio entro il 31/12/2018			0	20		
B17	Miglioramento performance	Tempo di attesa per la refertazione di esami in regime ordinario entro 1 gg dall'esecuzione	DS/CDG	Analisi DB Order entry	>=90%			0	30		
B11	Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb. 2017) / Prest. Amb. 2017			> 5% : 10 tra 0,1 e 4,9 : 5 <= 0 : 0			0	20		
									0	70	
C PROCESSI											
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE	
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO		
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3		
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3		
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3		
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3		
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	5		
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	5		
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	8		
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.C. Radioterapia

DIRETTORE: PROF. SANTONI

B COD	EFFICIENZA	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO > 5% : 70 tra 0,1% e 4,9% : 35 <= 0 : 0	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B11		Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb 2017) / (Prest. Amb. 2017)						0	70	
									0	70	

C COD	PROCESSI	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%				0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corresponsione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata				0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso sul tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	3	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	3	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3				0	4	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso				0	4	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta				0	10	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.C. Laboratorio Genetica Medica

DIRETTORE: PROF. NOVELLI

B	EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITÀ DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
	COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	B18	Acquisizione consenso	Percentuale di campioni esaminati con consenso all'esecuzione dei test su totale dei campioni esaminati	DS	Presenza del consenso firmato in procedura	100%			0	10	
	B19	Erogazione consulenze	Percentuale di consulenze collegate al test su totale pazienti che affluiscono al laboratorio per i test	DS	Analisi registro consulenze	98%			0	15	
	B20	Presenza di relazioni scritte	Tempo di attesa per la refertazione di esami in regime ordinario entro 1 gg dall'esecuzione	DS	Analisi relazioni	98%			0	25	
	B21	Mantenimento della produzione	numero prestazioni ambulatoriali	DS/CDG	Analisi DB	oltre 8200; 40 tra 8000 e 8199; 20 < 8000; 0			0	20	
									0	70	

C	PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITÀ DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
	COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
	C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondi i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
	C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
	C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
	C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Oncologia

DIRETTORE: PROF. ROSELLI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione del panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH	DS	Analisi documentazione	presenza relazione			0	10	
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalita diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalita diagnostica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<17%			0	20	
								0	30	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Olamm su CLFA	valore anno 2017			0	40	
								0	40	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	5	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h su totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5	
C14	Trasparenza liste attesa	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	5	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	5	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
								0	30	

TOTALE PESO
RILEVATO 0
OBBIETTIVO 100

STRUTTURA: U.O.C. Diagnostica Avanzata Oncoematologica

DIRETTORE: PROF. LO COCO

B	EFFICIENZA	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO oltre 7200: 70 tra 7000 e 7199: 50 tra 6800 e 6999: 20 < 6800: 0	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B21			Mantenimento della produzione	numero prestazioni ambulatoriali	DS/CDG	Analisi DB				0	70	
										0	70	

C	PROCESSI	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%				0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata				0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	3	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	3	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema		N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3				0	4	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso				0	4	
C12	Supporto attività CVS		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta				0	10	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.C. Trapianto Cellule Staminali

DIRETTORE: PROF. ARCESE

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO
A23	Migliorare l'attrattività	% dimessi (elezione) con provenienza Fuori Regione	SIO		oltre il 7% : 10 peso dal 5 al 6,9% : 5 peso < 5% : 0 del peso			0
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Tempo di attesa per la refertazione di esami in regime ordinario entro 1 gg dall'esecuzione	DS	Analisi flusso SIO	>10% : 10 peso tra 5 e 9,9% : 5 peso < 5 : 0 del peso			0
								0
								30
B EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 21: 10 tra 21,1 e 22: 5 oltre 22 : 0			0
B22	ottimizzazione case mix	Rapporto tra trapianti autologhi e totale trapianti	SIO	Analisi flusso SIO	40%			0
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedallera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Olamm su CL FA	valore anno 2017			0
								0
								40
C PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0
C14	Trasparenza liste attesa	Rapporto accettati/prenotati	DS		>=90%			0
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>=90%			0
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0
								0
								30

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative

DIRETTORE: PROF. VENDITTI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE		MODALITA' DI RILEVIO		VALORE TRIAGUARDO		1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 30		NOTE	
COD	OBBIETTIVO											PESO RILEVATO		PESO OBIETTIVO	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allarg. B Pato per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG6 mm a rischio di inappropriatezza in regime ordinario		Analisi flusso SO		<=0,29						0		5	
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della relazione del panel e set di indagini diagnostiche per esami dominanti (in Dn)		DS		presenza relazione						0		20	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Tempo di attesa per la referenziazione di esami in regime ordinario entro 1 gg dall'esecuzione		DS		> UN : 10 peso tra 5 e 9,9% : 5 peso < 5 : 0 del peso						0		5	
												0		30	

B EFFICIENZA		INDICATORE		MODALITA' DI RILEVIO		VALORE TRIAGUARDO		1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 40		NOTE	
COD	OBBIETTIVO											PESO RILEVATO		PESO OBIETTIVO	
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media		DS/CDG		Analisi flusso SO tra 22,1 e 23,5						0		10	
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci		UOC Farmacia		Consumato per CDC estrapolato da Olanim su Cl FA		valore anno 2017 UOC				0		30	
												0		40	

C PROCESSI		INDICATORE		MODALITA' DI RILEVIO		VALORE TRIAGUARDO		1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 30		NOTE	
COD	OBBIETTIVO											PESO RILEVATO		PESO OBIETTIVO	
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi		CDG		Analisi flusso SO						0		5	
C2	Englobazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze		CDG		Analisi DB Order entry		0,9				0		5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati		DS		Analisi SGP		>=90%				0		5	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche (prime visite ambulatoriali)		DS		Analisi software		>=90%				0		5	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico		Analisi documentazione		80%				0		1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP		Analisi documentazione		<20 gg lavorativi dalla data concordata				0		1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP		Analisi documentazione one		<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0		1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP		Analisi documentazione		<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0		1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico		Analisi documentazione		n. 3				0		2	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico		Analisi documentazione		1 corso				+		2	
C12	Supporto attività OVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche e segue la richiesta di relazione per la responsabilità professionale, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS		Analisi documentazione		entro 30 giorni dalla richiesta				0		2	
												0		30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Patologie Infoproliferative

DIRETTORE: PROF.SSA CANTONETTI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OBETTIVO	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario		DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	5	
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione del panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH		DS	Analisi documentazione	presenza relazione			0	20	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione 'S' (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017		DS	Analisi flusso SIO	>10% : 10 peso tra 5 e 9% : 5 peso < 5 : 0 del peso			0	5	
									0	30	

B EFFICIENZA										
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 22: 10 tra 22,1 e 23: 5 oltre 23 : 0			0	10	
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Ollamim su CI FA	valore anno 2017 (UOC Oncematologia)			0	30	
								0	40	

C PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OBETTIVO	
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi		CDG	Analisi Russo SO	>=15%			0	5	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate		CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati		DS	Analisi SGP	>=90%			0	5	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali		DS	Analisi software	>=90%			0	5	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondi i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBiettivo
0	100

3

STRUTTURA: Dipartimento delle Scienze Mediche

DIRETTORE: PROF. DI DANIELE

A	COD	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 100	NOTE
	A1	Reunion mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	Brevi verballi con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verballi			0	50	
	A2	Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
	A3	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, trasparenza e qualità	Relazione attestante le azioni intraprese relativamente alle seguenti tematiche: Consenso informato Privacy Trasparenza Qualità	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
									0	100	

TOTALE PESO	RILEVATO	OBBIETTIVO
	0	100

[Handwritten signature]

STRUTTURA: U.O.C. Gastroenterologia

DIRETTORE: Prof. Monteleone

A	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 20	NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione 'S' (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>50% : 10 peso tra 20 e 29% : 5 peso < 20 : 0 del peso			0	10
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	10
								0	20

B	EFFICIENZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 50	NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
B3	ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	>= 7,5 : 25 tra 7,51 e 8: 15 tra 8,01 e 8,5: 10 oltre 8,5: 0			0	25
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Ollarm su CLFA	valore anno 2017			0	25
								0	50

C	PROCESSI	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	5
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DS Order entry	0,9			0	6
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS		>=90%			0	5
C15	Informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>=90%			0	5
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2
C11	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2
C12	Supporto attività CVS		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1
								0	30

TOTALE PESO	RILEVATO	OBIETTIVO
	0	100

STRUTTURA: U.O.C. Cardiologia

DIRETTORE: Prof. Romeo

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
A35	Tempestività Trattamento	Ima stemi trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso alla struttura	DS/ ufficio sio	Prevale	>=60%			0 10	
A36	Analisi Mortalità	Stemi: mortalità a 30 giorni	DS/ ufficio sio	Prevale	<=20%			0 20	
								0 30	
B EFFICIENZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	NOTE
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	> 4,5 tra 4 e 4,5: 3 tra 4,51 e 5: 1			0 5	
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	oltre 5,0 fino a 45%: 15 tra 46 e 55%: 5 oltre 55%: 0			0 15	
B23	Studio Paziente U.O.C. Cardiocirurgia	Effettuazione consulenza entro 24h dalla richiesta	CDG	Analisi sistemi informativi	90%			0 20	
								0 40	
C PROCESSI									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0 5	
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0 2	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0 2	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0 2	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 2	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 2	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0 5	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0 5	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0 5	
								0 30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'obesità

DIRETTORE: Prof. Sbraccia

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE		RESPONSABILE	MODALITA' DI RILEVO	VALORE	1° RILEVAZIONE	2° RILEVAZIONE	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBBIETTIVO			MONITORAGGIO		TRAGUARDO	LUG-SET	2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione 'S' (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017		sio	Analisi flusso SIO	>50% : 20 peso tra 20 e 29% : 15 peso < 20 : 0 del peso			0	20	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario		DS/ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	10	
									0	30	

B EFFICIENZA		INDICATORE		RESPONSABILE	MODALITA' DI RILEVO	VALORE	1° RILEVAZIONE	2° RILEVAZIONE	PESO MASSIMO 40		NOTE
COD	OBBIETTIVO			MONITORAGGIO		TRAGUARDO	LUG-SET	2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media		DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 15: 40 tra 15,1 e 16: 20 tra 16,1 e 16,5: 10 oltre 16,5: 0			0	40	
									0	40	

C PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE	MODALITA' DI RILEVO	VALORE	1° RILEVAZIONE	2° RILEVAZIONE	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBBIETTIVO			MONITORAGGIO		TRAGUARDO	LUG-SET	2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi		CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	16	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati		DS		>=90%			0	3	
C15	Informattizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali		DS		>=90%			0	3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di sicurezza	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'ipertensione

DIRETTORE: Prof. Di Daniele

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione "S" (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017	SIO	Analisi flusso SIO	>30%: 20 peso tra 20 e 29%: 10 peso < 20: 0 del peso			0	20	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	10	
								0	30	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 15: 20 tra 15,1 e 16: 10 tra 16,1 e 16,5: 5 oltre 16,5: 0			0	40	
								0	40	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>>15%			0	16	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS		>>90%			0	3	
C15	Informattizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>>90%			0	3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Alioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	Scurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
								0	30	

TOTALE PESO
RILEVATO
OBBIETTIVO
0
100

SCHEDA DI BUDGET
2018

PTV MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia

DIRETTORE: Prof. Lauro

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione "S" (proietta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione "S" anno 2017 su numero totale di dimissioni con tipo dimissione "S" anno 2017	sio	Analisi flusso SIO	>30% : 20 peso tra 20 e 29% : 10 peso < 20 : 0 del peso			0 20	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto fra ricoveri attribuiti a DKG sul dato di rischio di inappropriata (alleg. B Pato per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DKG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0 10	
								0 30	
B EFFICIENZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	NOTE
B3	ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 15: 40 tra 15,1 e 16: 20 tra 16,1 e 16,5: 10 oltre 16,5: 0			0 40	
								0 40	
C PROCESSI									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
C13	Riduzione del sovrallungamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0 16	
C14	Trasparenza liste attese informatizzazione	Rapporto accettati/prenotati	DS		>=90%			0 3	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>=90%			0 3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0 1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corresponsione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0 1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0 1	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0 1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0 2	
								0 30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.C. Reumatologia

DIRETTORE: Prof. Perricone

B	EFFICIENZA	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO >= 0 : 30	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B11	Mantenimento volumi di attività	(Press. Amb. 2018-Prest. Amb 2017) / Prest Amb. 2017	Analisi consumo farmaci	CDG	Analisi flussio SIAS Consumato per CDC estrapolato da Ollammi su CL FA				0	30	
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera			UOC Farmacia		valore anno 2017			0	40	
									0	70	

C	PROCESSI	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C3	Erogazione delle consultazioni interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	Rapporto accettati/prendati	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	6	
C14	Trasparenza liste attese	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali		DS		>=90%			0	6	
C15	Informazioni			DS		>=90%			0	6	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	2	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	2	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Unee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di UO.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Supporto attività CVS	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
									0	30	

TOTALE PESO
RILEVATO
0
OBBIETTIVO
100

STRUTTURA: U.O.C. Epatologia

DIRETTORE: Prof. Angelico

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 25 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A23	Migliorare l'attrattività	% dimessi (elezione) con provenienza Fuori Regione	SIO		oltre il 7% : 10 peso dal 5 al 6,9% : 5 peso < 5% : 0 del peso			0	5	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione "5" (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>40% : 10 peso tra 30 e 39,9% : 5 peso < 30 : 0 del peso			0	10	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	10	
								0	25	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 50 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B44	Incremento ecografie epatiche	N° ecografie per esterni rispetto anno 2017	CDG	Analisi DB Order entry	>10%			0	40	
B14	supporto al PS	N° ecografie per interni rispetto anno 2017 Predisposizione linee guida per attivazione PAC e PDTA per pazienti PS e relazione su numero pazienti assorbiti	DS	Analisi documentazione	Presenza linee guida e relazione			0	10	
								0	50	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C13	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	6	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prendati	DS		>90%			0	5	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>90%			0	5	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
								0	25	

TOTALE PESO
RILEVATO
OBBIETTIVO
0
100

STRUTTURA: U.O.C. Attività ambulatoriale - D.H. - PAC - PDTA medici

DIRETTORE: Prof. Federici

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione 'S' (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017	sio	Analisi flusso SIO	>10% : 20 peso tra 20% e 29% : 15 peso < 20 - 0 del peso			0	15	
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione del panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH	DS	Analisi documentazione	presenta relazione			0	5	
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<17%			0	10	
								0	30	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B3	ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/COG	Analisi flusso SIO	<= 15: 40 tra 14,1 e 14,9: 20 oltre 15 : 0			0	40	
								0	40	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C3	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	COG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	5	
C16	PAC e PDTA erogate per pazienti arrivati dal PS	Incremento PAC e PDTA rispetto all'anno 2017	COG	flussi istituzionali	> 10%			0	6	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS		>=90%			0	5	
C15	Attualizzazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>=90%			0	5	
C6	Attualizzazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attualizzazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attualizzazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
								0	30	

TOTALE PESO
RILEVATO
0
OBBIETTIVO
100

STRUTTURA: U.O.S.D. Dermatologia

DIRETTORE: Prof. Bianchi

B EFFICIENZA		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
COD	OBIETTIVO				Consumato per CDC estrapolato da Ollam su CL FA				PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci		UOC Farmacia		valore anno 2017			0	70	
									0	70	
C PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate		CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati		DS		>90%			0	10	
C15	Informazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali		DS		>90%			0	8	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia pediatrica

DIRETTORE: Prof. Moschese

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A11	Migliorare l'attrattività	% dimessi con provenienza Fuori provincia	SIO		oltre il 7% - 10 peso dal 5 al 6,9%; 5 peso < 5% - 10 del peso < 17%			0		
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	DS/ ufficio so	Analisi flusso SO				0	20	
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione del panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH	DS	Analisi documentazione	presenza relazione			0	10	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B15	Incremento delle prestazioni	(ricavi anno 2018 - ricavi anno 2017)/ricavi anno 2017	Cdg	Analisi flussi	>10%			0	40	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS		>=90%			0	7	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>=90%			0	7	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	3	

TOTALE PESO
RILEVATO
0
OBBIETTIVO
100

STRUTTURA: Dipartimento delle Scienze Chirurgiche

DIRETTORE: PROF. PICCIONE

A COD	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 100		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A1	Riunioni mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	50	
A2	Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche Relazione attestante le azioni intraprese relativamente alle seguenti tematiche: Consenso informato Privacy Trasparenza Qualità	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
A3	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, trasparenza e qualità		DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
								0	100	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

SCHEDA DI BUDGET 2018

PTV MOD-S8
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti

DIRETTORE: Prof. Tisone

A	COD	QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
		OBBIETTIVO								RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
A4		Ridurre la durata della degenza media post-operatoria		Colicistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in regime ordinario/day-surgery/ Totale delle colicistectomie laparoscopiche	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	>=80%			0	5	
A5		Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriata		Proportione di interventi di colicistectomia in pazienti con calcoli semplice senza complicanze sul totale delle colicistectomie	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=20%			0	5	
A28		Riorganizzare l'attività medico-chirurgica in modo tale che il volume di attività per Unità operativa sia non inferiore al valore soglia definito sulla base delle conoscenze scientifiche		Volume di interventi di colicistectomia laparoscopica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	>=100			0	5	
A48		Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici		Altezza media prima del ricovero per intervento chirurgico oncologico	DS	Analisi ADT	30 giorni			0	15	
A6		Migliorare l'appropriatezza		Analisi dei DRG medici prodotti dalla UOC e proposta di riorganizzazione	DS	Analisi documentazione	Presenza documentazione			0	5	
A7		Migliorare l'appropriatezza		Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%; 5 tra 3 e 6; 2 >6; 0			0	5	
										0	40	
B	COD	EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
		OBBIETTIVO								RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
B8		Aumento complessità (escluso attività trapianto)		PM anno 2018	DS	Analisi flusso SIO	>=1,8 : 1,5 tra 1,5 e 1,79 : 1,0 tra 1,4 e 1,49: 5 <1,4 : 0			0	15	
B2		Incremento ricavo medio a seduta operatoria		(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10%; 15 tra 5 e 9,9%; 10 tra 0 e 4,9%; 5 <0 : 0			0	15	escluse urgenze e trapianti
										0	30	
C	COD	PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
		OBBIETTIVO								RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
C1		Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)		Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	<2			0	4	
C2		Miglioramento dei processi		Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	10	
C3		Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h		Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	3	
C5		efficientamento utilizzo sale operatorie		N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 3 tra 90 e 99%; 1			0	3	
C21		Corretto utilizzo software Camere operatorie		Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	<90: 0 >=95%			0	3	
C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio Clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferito alla propria UO, secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager		N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12		Supporto attività CVS		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
										0	30	
										TOTALE PESO		
										RILEVATO	OBBIETTIVO	
										0	100	

STRUTTURA: U.O.C. Chirurgia Generale

DIRETTORE: Prof. Petrella

A	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40	NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
A8	Migliorare la qualità delle cure	IC per K maligno Colon : Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	CDG	Analisi sistema P.RE VALE	SS migliore : 10 non SS (migliore o peggiore): 5 SS peggiore: 0			0	6
A10	Migliorare la qualità delle cure	Volumi interventi per tumore maligno colon	CDG	Analisi sistema P.RE VALE	>=50 o <= 5			0	6
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	SIO	Analisi flusso SIO	>=95%			0	4
A48	Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici	Attesa media prima del ricovero per intervento chirurgico oncologico	DS	Analisi ADT	30 giorni			0	15
A49	Migliorare la qualità delle cure	% di resezione del colon in ricovero ordinario in laparoscopia sul totale degli interventi di resezione del colon	SIO	Analisi flusso SIO	>45%			0	5
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%: 5 tra 3 e 6: 2 >6: 0			0	4
								0	40

B	EFFICIENZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi SIO	Incremento >10% : 15 tra 5 e 9,9% : 10 tra 0 e 4,9% : 5 <0 : 0			0	15 escluse urgenze, APA
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	<= 6: 5 tra 6,01 e 6,5: 2 oltre 6,5: 0			0	5
B8	Aumento complessità	PM anno 2018	DS	Analisi flusso SIO	tra 1,5 e 1,79 : 8 tra 1,4 e 1,49: 5 <1,4 : 0			0	10
								0	30

C	PROCESSI	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	4
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	8
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	4
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 3 tra 90 e 99%: 1 <90: 0			0	4
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%			0	4
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive della Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	0,5
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	0,5
								0	30

TOTALE PESO
RILEVATO
OBIETTIVO
0
100

STRUTTURA: U.O.C. Ortopedia

DIRETTORE: Prof. Farsetti

A	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40	NOTE
COD	OBiettivo							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
A12	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	Proportione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	DS/ ufficio sio	Analisi sistema P RE VA LE	>=60%			0	15
A13	Migliorare la qualità delle cure	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	CDG	Analisi sistema P RE VA LE	SS migliore : 20 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	20
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%: 5 tra 3 e 6: 2 >6: 0			0	5
								0	40

B	EFFICIENZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
COD	OBiettivo							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10% : 10 tra 5 e 9,9% : 7 tra 0 e 4,9% : 5 <0 : 0			0	10
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	fino a 25% : 10 tra 25,1 e 30% : 5 oltre 30% : 0			0	10
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	> 5%			0	10
								0	30

C	PROCESSI	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
COD	OBiettivo							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	4
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	11
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	2
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referlati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 3 tra 90 e 99%: 1			0	3
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	<90: 0 >=95%			0	3
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1
								0	30

TOTALE PESO
RILEVATO 0
OBIETTIVO 100

STRUTTURA: U.O.C. Chirurgia Vascolare

DIRETTORE: Prof. Ippoliti

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA										PESO MASSIMO 40					
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE					
A14	Migliorare la qualità delle cure	Aneurisma addominale non rotto: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	CDG	Analisi sistema P RE VALE.	SS migliore : 25 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	25						
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	SIO	Analisi flusso SIO	>=95%			0	10						
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%: 5 tra 3 e 6: 2 >6: 0			0	5						
									0	40					
B EFFICIENZA										PESO MASSIMO 40					
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE					
B6	Ottimizzazione case-mix	Incremento interventi chirurgici sulle carotidi (Endoarterectomia e PTA)	SIO	Analisi flusso SIO	Incremento >10% : 15 tra 5 e 9,9% : 7 tra 0 e 4,9% : 5 < 0 : 0			0	15						
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10% : 15 tra 5 e 9,9% : 10 tra 0 e 4,9% : 5 < 0 : 0			0	15	escluse urgenze					
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	fino a 60% : 10 tra 60 e 70% : 5 oltre 70%: 0			0	10						
									0	40					
C PROCESSI										PESO MASSIMO 20					
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE					
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	3						
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	2						
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	2						
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 3 tra 90 e 99%: 1 <90: 0			0	3						
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%			0	3						
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1						
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1						
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1						
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1						
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1						
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1						
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta dei CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1						
									0	20					
									TOTALE PESO						
									RILEVATO	0	100				

7.2 ALLEGATO 4E

STRUTTURA: U.O.C. Chirurgia Toracica

DIRETTORE: Prof. Ambrogio

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA				PESO MASSIMO 40			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018
A15	Migliorare la qualità delle cure	Intervento Chirurgico per tumore al polmone: Mortalità a 30 giorni confronto con valore lazo	CDG	Analisi sistema P RE VALE	SS migliore: 10 non SS (migliore o peggiore): 5 SS peggiore: 0		
A16	Migliorare la qualità delle cure	Volumi Interventi maligno polmone	SIO	Analisi sistema P RE VALE	>>150 o <= 5		
A48	Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici	Attesa media prima del ricovero per intervento chirurgico oncologico	DS	Analisi ADT	30 giorni		
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	SIO	Analisi flusso SIO	>=95%		
						0	40
						Esclusi pazienti provenienti da PS	

B EFFICIENZA				PESO MASSIMO 30			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CdG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10% : 20 tra 5 e 9,9% : 10 tra 0 e 4,9% : 5 <0 : 0		
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	tra 8,1 e 8,5: 5 oltre 8,5: 0		
						0	30
						escluse urgenze	

C PROCESSI				PESO MASSIMO 30			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2		
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%		
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%		
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referatati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100-2 tra 90 e 95%: 1 <90: 0		
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%		
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corruzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata		
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata		
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata		
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3		
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso		
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta		
						0	30

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBBIETTIVO
0	100

t.2 ALLEGATO 46

SCHEDA DI BUDGET 2018

PTV MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Urologia

DIRETTORE: Prof. Vespasiani

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
COD	OBIETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A17	Migliorare la qualità delle cure	Intervento Chirurgico per K rene: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio		CDG	Analisi sistema P RE-VALE	SS migliore: 25 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	5	
A50	Migliorare la qualità delle cure	Volume interventi per K prostata		CDG	Analisi sistema P RE-VALE	>50			0	10	
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scarati da Regione sul totale dei ricoveri DS		SIO	Analisi flusso SIO	<3%: 5 tra 3 e 6: 2 >6: 0			0	5	
A48	Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici	Attesa media prima del ricovero per intervento chirurgico oncologico		DS	Analisi ADT	30 giorni			0	10	
A51	Migliorare la qualità delle cure	% di prostatectomie transuretrali rispetto al totale delle transectomie		DS	Analisi ADT	> 80%			0	5	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione "5" (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017		DS	Analisi flusso SIO	>10%: 5 peso tra 5 e 9,9%: 3 peso <5: 0 del peso			0	5	

B EFFICIENZA		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017		Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10%: 20 tra 5 e 9,9%: 10 tra 0 e 4,9%: 5			0	20	escluse urgenze
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017		DS	Analisi flusso SIO	< 0: 0 > 5%			0	10	

C PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati		CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	4	
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione		SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	11	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate		CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	3	
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referlati entro 24 ore dall'intervento		Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 2 tra 90 e 99%: 1 <90: 0			0	2	
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo		Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%			0	3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Supporto attività CVS	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	

TOTALE PESO
RILEVATO OBIETTIVO
0 100

STRUTTURA: U.O.C. Ginecologia

DIRETTORE: Prof. Piccione

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 30	NOTE
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ ufficio slo	Analisi flusso SIO	<=0.29			0	5	
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%; 5 tra 3 e 6: 2 >6: 0			0	5	
A48	Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici	Altezza media prima del ricovero per intervento chirurgico oncologico	DS	Analisi ADT	30 giorni			0	15	
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=95%			0	5	
								0	30	

B EFFICIENZA

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 40	NOTE
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017*	Cabina di regia/CDG	Software sale operatori e flussi SIO	Incremento >10% : 20 tra 5 e 9.9% : 10 tra 0 e 4.9% : 5 < 0 : 0			0	20	escluse urgenze e APA * media calcolata su ultimo trimestre
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	> 5%			0	20	
								0	40	

C PROCESSI

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 30	NOTE
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	4	
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	11	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi D8 Order entry	90%			0	3	
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referlati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 2 tra 90 e 99%: 1 <90: 0			0	2	
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%			0	3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso sul tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Supporto attività CVS	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
								0	30	

TOTALE PESO
RILEVATO
0
OBIETTIVO
100

DIRETTORE: Prof. Ruvoletto

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVUO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE	2° RILEVAZIONE	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBETTIVO					LUG-SET	2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A20	Migliorare la qualità delle cure	BPAD: mortalità a 30 giorni (riferimento Regione Lazio)	CDG	Analisi sistema P.RE.VALE	SS migliore: 20 non SS (migliore o peggiore): 10 SS peggiore: 0			0	10	
A21	Migliorare la qualità delle cure	Valuoplastica: mortalità a 30 giorni (riferimento Regione Lazio)	CDG	Analisi sistema P.RE.VALE	SS migliore: 20 non SS (migliore o peggiore): 10 SS peggiore: 0			0	10	
A22	Migliorare la qualità delle cure	Volume BPAC (by pass aorto coronarico) isolato	SIO	Analisi sistema P.RE.VALE	>= 200 or <=5 oltre il 7% ; 5 peso dal 5 al 6,5% : 3 peso < 5% ; 0 del peso			0	5	
A23	Migliorare l'attrattività	% dimessi (elezione) con provenienza Fuori Regione	SIO	Analisi flusso SIO				0	5	
								0	30	

B EFFICIENZA		RESPONSABILE MONITORAGGIO			1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 40		NOTE
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO				
B3	ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	tra 15,6 e 16,5: 5 oltre 16,5: 0	0	10				
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento 30% : 10 tra 5 e 9,9% : 7 tra 0 e 4,9% : 5 < 0 : 0 fino a 25% : 5 tra 25,1 e 30% : 2 oltre 30% : 0	0	10		escluse urgenze		
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi		0	10				
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Olammi su CL FA	valore concordato con la UOC Farmacia	0	10				
						0	40				

[illegible]

TOTALE PESO	
RIELEVATO	OBIETTIVO
0	100

[Handwritten signature]

STRUTTURA: U.O.S.D. Breast Unit

DIRETTORE: Prof. Bonomo

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA										
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 35 PESO RILAVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE
A24	Migliorare la qualità delle cure	Volume intervento chirurgico tumore maligno mammella	COG	Analisi sistema P RE VA LE	>150			0	5	
A25	Migliorare la qualità delle cure	Numero interventi di resezioni entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella sul totale degli interventi chirurgici	COG	Analisi sistema P RE VA LE	10%			0	5	
A26	Migliorare la qualità delle cure	% di donne operate per mammella che esagono l'asportazione del linfonodo sentinella	SIO	Analisi flusso SIO	60%			0	5	
A27	Migliorare la qualità delle cure	% interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	SIO	Analisi flusso SIO	> 70 %			0	5	
A28	Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici	Attesa media prima del ricovero per intervento chirurgico oncologico	DS	Analisi ADT	30 giorni			0	10	
A29	Migliorare l'attrattività	% dimessi (elezione) con provenienza fuori Regione	SIO	Analisi flusso SIO	oltre il 7% : 5 peso dal 5 al 6,5%; : 2 peso < 5% : 0 del peso			0	5	
A30								0	35	

C		PROCESSI		INDICATORE			RESPONSABILE	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE	1° RILEVAZIONE	2° RILEVAZIONE	PESO MASSIMO 65	
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	MONITORAGGIO						LUG-SET	2° SEM 2018	PESO	PESO	NOTE
											BIENNUO	QUINQUENNIO	
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso S/O							0	2	
C19	Ottimizzazione dei percorsi	Produzione report trimestrale analitico con indicazione della % di donne sottoposte a radioterapia entro 4 mesi dall'intervento per K mammella	DS	Analisi documentazione							0	20	
C20	Ottimizzazione dei percorsi	Produzione report trimestrale analitico con indicazione della % di donne sottoposte a chemioterapia adiuvante entro 8 settimane dall'intervento per K mammella	DS	Analisi documentazione							0	20	
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	S/O	Analisi flusso S/O							0	10	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry							0	2	
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referral entro 24 ore dall'intervento	Cabina di regia S.O.	Analisi software S.O.							0	2	
C21	Corretto utilizzo software Camera operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di regia S.O.	Analisi software S.O.							0	2	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione							0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione							0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione							0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione							0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione							0	1	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione							0	1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione							0	1	
											0	65	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100



SCHEDA DI BUDGET
2018PTV
Prestazioni di
Valutazione e
RendicontoPTV MOD-5B
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Chirurgia mininvasiva e dell'apparato digerente

DIRETTORE: Prof. Sica

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE				VALORE TRIAGGIANDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
COD	OBIETTIVO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO						
A4	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	Colicistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in regime ordinario/day-surgery/ Totale delle colicistectomie laparoscopiche	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	>=80%				0	5	
A27	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatezza	Proporzione di interventi di colicistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze sul totale delle colicistectomie	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=20%				0	5	
A28	Riorrganizzare l'attività medico-chirurgica in modo tale che il volume di attività per Unità operativa sia non inferiore al valore soglia definito sulla base delle conoscenze scientifiche	Volume di interventi di colicistectomia laparoscopica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	> =100				0	10	
A49	Migliorare la qualità delle cure	% di resezione del colon in ricovero ordinario in laparoscopia sul totale degli interventi di resezione del colon	SIO	Analisi flusso SIO	>45%				0	10	
A10	Migliorare la qualità delle cure	Volumi interventi per tumore maligno colon	COG	Analisi sistema P REVALE	>=50 o <= 5				0	5	
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DNG Chirurgici sul totale dei dimessi	SIO	Analisi flusso SIO	>=95%				0	5	limitatamente ai pazienti in elezione
									0	40	

B EFFICIENZA		OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRIAGGIANDO Incremento > 10% : 15 tra 5 e 9,9% : 10 tra 0 e 4,9% : 5 < 0 : 0 >= 1,8 : 15	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria		(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/COG	Software sale operatorie e flussi Sio				0	15	escluse urgenze
B8	Aumento complessità		PM anno 2018	DS	Analisi flusso SIO	tra 1,5 e 1,79: 10 tra 1,4 e 1,49: 5 < 1,4 : 0			0	15	
									0	30	

C PROCESSI						1° RILEVAZIONE		2° RILEVAZIONE		PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITÀ DI RILEVIO	VALORE TRIAGGIANDO	LUG-SET	2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO			
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore agenda media preoperatoria interventi chirurgici programmati	COG	Analisi flusso SIO	< 2			0	4			
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con specializzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	11			
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	COG	Analisi DB Order entry	90%			0	3			
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100 : 3 tra 90 e 99% : 2 <90 : 0			0	2			
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%			0	3			
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1			
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria U.O. secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1			
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1			
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1			
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1			
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1			
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1			
								0	30			

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

7.2 ALLEGATO 4N



SCHEDA DI BUDGET
2018

PTV MOD-58
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia

DIRETTORE: Dott. Colella

B	COD	EFFICIENZA	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	B9		Riduzione rientri non pianificati	Rientri non pianificati in rianimazione dopo il trasferimento in reparto sul totale dei pazienti dimessi	DS/ ufficio sto	Analisi flusso SDO	2%			0	30	
	B3		Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SDO	<= 4; 40 tra 4,01 e 5; 20 oltre 5; 0			0	40	DM effettiva ed esclusione dei pazienti "cronici"
										0	70	

C	COD	PROCESSI	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	5	
	C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	4	
	C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	4	
	C9		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C10		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	5	
	C11		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	5	
	C12		Supporto attività CSV	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	4	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

M

STRUTTURA: Dipartimento del benessere della salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali

DIRETTORE: PROF. SIRACUSANO

A COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 100		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A1	Riunioni mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	50	
A2	Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche Relazione attestante le azioni intraprese relativamente alle seguenti tematiche: Consenso informato Privacy Trasparenza Qualità	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
A3	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, trasparenza e qualità		DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
								0	100	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.C. Psichiatria e psicologia clinica

DIRETTORE: Prof. SIRACUSANO

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A29	Ottimizzazione percorsi con PS	Tempo permanenza paziente psichiatrico in PS inferiore a 3 ore	SIO		90% dei casi			0	15	Solo pazienti di pertinenza SPDC
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione dei panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH	DS	Analisi documentazione	presenza relazione			0	5	
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<17%			0	10	
								0	30	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	<= 12: 15 tra 12.01 e 13: 5 oltre 13: 0			0	15	
B10	Incremento volumi di attività	(ricavi DH 2018- ricavi DH 2017 / ricavi DH 2017	CDG	Analisi Flusso SIO	>10% : 15 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0: 0			0	15	
B11	Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb 2017 / Prest Amb. 2017	CDG	Analisi Flusso SAS	>10% : 10 tra 0,1 e 9,9 : 5 <= 0: 0			0	10	
								0	40	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C13	Riduzione dei sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	5	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5	
C14	Trasparenza liste attesa	Rapporto accettati/prendenti	DS	Analisi SGP	>=90%			0	5	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	5	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
								0	30	

TOTALE PESO
RILEVATO 0
OBBIETTIVO 100

STRUTTURA: U.O.C. Neuropsichiatria infantile

DIRETTORE: Prof. CURATOLO

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 30 PESO OBBIETTIVO
A23	Migliorare l'attrattività	% dimessi (elezione) con provenienza Fuori Regione	SIO	Analisi flusso SIO	oltre il 7%; 10 peso dal 5 al 6,9%; 5 peso < 5%; 0 del peso			0	10
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione del panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH	DS	Analisi documentazione	presenza relazione			0	5
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	DS/ufficio sio	Analisi flusso SIO	<17%			0	15
								0	30
B EFFICIENZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 40 PESO OBBIETTIVO
B11	Incremento volumi di attività	(ricavi Prest. Amb. 2018- ricavi Prest. Amb 2017 / ricavi Prest Amb. 2017	CDG	Analisi Flusso SIAS	>5% : 20 tra 0,1 e 4,9 : 10 <= 0 : 0			0	20
B10	Incremento volumi di attività	(ricavi DH 2018- ricavi DH 2017 / ricavi DH 2017	CDG	Analisi Flusso SIO	>10% : 20 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0 : 0			0	20
								0	40
C PROCESSI									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 30 PESO OBBIETTIVO
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5
C14	Trasparenza liste attesa	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	8
C15	Informattizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	7
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corezione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2
								0	30

TOTALE PESO
RILEVATO 0
OBBIETTIVO 100

7.2 ALLEGATO 5C

STRUTTURA: U.O.S.D. Otorinolaringoiatria

DIRETTORE: PROF. DI GIROLAMO

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA										PESO MASSIMO 20			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE			
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0.29			0	10				
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%; 5 tra 3 e 6.2			0	5				
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>= 75%			0	5				
B EFFICIENZA										PESO MASSIMO 50			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE			
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10% : 20 tra 5 e 9.9% : 10 tra 0 e 4.9% : 5 < 0 : 0			0	20	escluso urgenze			
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	> 5%			0	10				
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	< 20% : 20 tra 20.1% e 25% : 10 > 25% : 0			0	20				
C PROCESSI										PESO MASSIMO 30			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE			
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	4				
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	4				
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100 % : 5 tra 90 e 99% : 2 <90 : 0			0	4				
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	>=95%			0	3				
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	3				
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	3				
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1				
C7	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1				
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1				
C9	Azioni correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1				
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1				
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2				
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2				
TOTALE PESO								RILEVATO	OBBIETTIVO				
								0	100				

STRUTTURA: U.O.S.D. Oculistica

DIRETTORE: PROF. NUCCI

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

7.2 ALLEGATO SE

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 20		NOTE
COD	OBIETTIVO					RILEVATO	OBGETTIVO	RILEVATO	OBGETTIVO	RILEVATO	OBGETTIVO	
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3% : 5 tra 3 e 6 : 2					0	10	
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	<=6 : 0 >=95%					0	10	

B EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 50		NOTE
COD	OBIETTIVO					RILEVATO	OBGETTIVO	RILEVATO	OBGETTIVO	RILEVATO	OBGETTIVO	
B11	Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb. 2017) / Prest. Amb. 2017	SIO	Analisi flusso SIO	>10% : 20 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0 : 0					0	30	
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10% : 15 tra 5 e 9,9% : 10 tra 0 e 4,9% : 5 < 0 : 0					0	15	solo sedute DS
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	< 20% : 5 tra 20,1% e 25% : 3 > 25% : 0					0	5	
										0	50	

C PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET		2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018		PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO					RILEVATO	OBGETTIVO	RILEVATO	OBGETTIVO	RILEVATO	OBGETTIVO	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%					0	4	escluse le richieste arrivate dal venerdì alla domenica
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° Interventi chirurgici refertati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100% : 5 tra 90 e 99% : 2 <90 : 0 >=90% : 3					0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP						0	8	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software						0	3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8					0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata					0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata					0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata					0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3					0	2	
C11	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso					0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta					0	2	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBGETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Pronto Soccorso Odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali

DIRETTORE: PROF. CAMPANELLA

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 50	NOTE
A31	Qualità servizio PS	Pazienti con esito "non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente" sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)	CDG	Analisi flusso SES	1%			PESO RILEVATO 0 PESO OBIETTIVO 50	
B EFFICIENZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
B12	Incremento volumi di attività	(Ricavi ALPI 2018-Ricavi ALPI 2017)/Ricavi ALPI 2017	ALPI	Software ALPI	>10% : 15 tra 0,1 e 9,9 : 10			0 15	
B11	Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb. 2017) / Prest. Amb. 2017	CDG	Analisi flusso SAS	>10% : 15 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0 : 0			0 15	Prestazioni SSN
								0 30	
C PROCESSI									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 20	NOTE
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0 3	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accertati/prenotati	DS	Analisi SGP	>>90%			0 5	
C15	Informazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>>90%			0 5	dim
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0 1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corresponsione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0 1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso sul tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O. Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk Management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0 1	
C11		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0 1	
C12	Supporto attività CVS		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0 1	
								0 20	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Ortognatodonzia

DIRETTORE: PROF.SSA COZZA

B EFFICIENZA

B COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 70 PESO OBIETTIVO	NOTE
B12	Incremento volumi di attività	(Ricavi ALPI 2018-Ricavi ALPI 2017)/Ricavi ALPI 2017	ALPI	Software ALPI	>10% : 40 tra 0,1 e 9,9 : 20 <= 0 : 0			0	40	
B11	Incremento volumi di attività	(Pres. Amb. 2018-Pres. Amb. 2017) / Pres. Amb. 2017	CDG	Analisi flussogramma	>10% : 30 tra 0,1 e 9,9 : 15 <= 0 : 0			0	30	Prestazioni SSN
								0	70	

C PROCESSI

C COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO MASSIMO 30 PESO OBIETTIVO	NOTE
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>90%			0	10	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>90%			0	8	DMS
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Supporto attività CVS	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
								0	30	
TOTALE PESO								0	100	

STRUTTURA: U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale

DIRETTORE: PROF. BOLLERO

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3% : 15 tra 3 e 6 : 10			0 15	
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	>6 : 0 <17%			0 15	
B EFFICIENZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	NOTE
B12	Incremento volumi di attività	(Ricavi ALPI 2018-Ricavi ALPI 2017)/Ricavi ALPI 2017	ALPI	Software ALPI	>10% : 20 tra 0,1 e 9,9 : 10			0 20	
B13	Incremento delle prestazioni	(Ricavi SSN anno 2018 - ricavi SSN anno 2017)/Ricavi SSN anno 2017	Cdg	Analisi flussi	>10% : 20 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0 : 0			0 20	
C PROCESSI									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0 7	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accertati/prenotati	DS	Analisi SGP	>90%			0 6	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>90%			0 6	dms
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0 1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correttezza di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0 1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0 2	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0 2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0 3	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.C. Neurochirurgia

DIRETTORE: Prof. LUNARDI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 50 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A33	Migliorare la qualità delle cure	IC per K cerebrale: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	CDG	Analisi sistema P.RE.VALE	SS migliore: 25 non SS (migliore o peggiore): 12.5 SS peggiore: 0			0	25	
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	SIO	Analisi flusso SIO	>95%			0	15	
A32	Migliorare l'appropriatezza	limitatamente ai pazienti trasferiti in strutture di riabilitazione (data trasferimento-data ricovero <= 20gg)	SIO	Analisi Flusso Sio	>80%			0	10	
								0	50	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	fino a 9.11.5 tra 9.12 e 10.3 tra 10 e 10.5: 1 Incremento >10%: 20 oltre 10.51: 0			0	5	
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	tra 5 e 9.5%: 10 tra 0 e 4.9%: 5 < 0: 0 > 53%: 0			0	20	escluso urgenze
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	tra 48 e 52.9%: 5 tra 44 e 47.9: 10 < 44%: 15			0	5	
								0	30	

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 20 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C1	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0	3	
C5	Corretto utilizzo software Camere operatorie	N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100%: 3 tra 90 e 99%: 1 < 90: 0			0	3	
C21	Corretto utilizzo software Camere operatorie	Inserimento nel sistema informatico intraoperatorio di tutte le informazioni richieste di competenza del Medico Chirurgo	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	> 95%			0	3	
C2	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	SIO	Analisi flusso SIO	> 95%			0	3	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	1	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correttezza di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	< 20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	< 7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	< 30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Partecipazione al corso in ambito di Rischio Clinico da parte del Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
								0	20	

TOTALE PESO
RILEVATO
0
OBBIETTIVO
100

STRUTTURA: U.O.C. Neurologia

DIRETTORE: Prof. MERCURI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

A COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 50 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
A34	Migliorare la qualità delle cure	ICTUS: Mortalità a 30 giorni confronto valore Lazio	CDG	Analisi sistema P.R.E.V.A.L.E.	SS migliore: 25 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	15	
A32	Migliorare l'appropriatezza	limitatamente ai pazienti trasferiti in strutture di riabilitazione (data trasferimento-data ricovero <= 15gg)	SIO	Analisi Flusso SIO	>80%			0	10	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione "5" (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>30%: 10 peso tra 20 e 29%: 5 peso < 20: 0 del peso			0	5	
A47	Migliorare la qualità delle cure	Percentuale pazienti con ICTUS ammessi, trasferiti o dimessi dalla neurologia sul totale dei dimessi	SIO	Analisi flusso SIO	50%			0	15	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allig. B patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ ufficio ilo	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	5	

B EFFICIENZA

B COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	fino a 7,5: 15 tra 7,51 e 8: 10 oltre 8: 0			0	15	
B4	Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Olammi su CI FA	valore concordato con la UOC Farmacia			0	15	

C PROCESSI

C COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 20 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	3	
C2	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	3	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SCP	>=90%			0	3	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	3	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di Sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Supporto attività CVS	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	

TOTALE PESO
RILEVATO 0
OBBIETTIVO 100

7.2 ALLEGATO 5M

SCHEDA DI BUDGET
2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Sclerosi Multipla

DIRETTORE: DR.SSA MARFIA

B	COD	EFFICIENZA	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B4			Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Ollammi su CI FA	valore concordato con la UOC Farmacia			0	70	
										0	70	

C	COD	PROCESSI	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C3			Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5	
C14			Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>90%			0	10	
C15			Informazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>90%			0	8	
C6			Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7			Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8			Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9			Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10			Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11				Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12			Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

7.2 ALLEGATO 5A

STRUTTURA: U.O.S.D. Stroke Unit

DIRETTORE: DR.SSA DIOMEDI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA										PESO MASSIMO 40			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE			
A34	Migliorare la qualità delle cure	ICTUS: Mortalità a 30 giorni confronto valore lazio	Cdg	Analisi sistema P.RE.VALE	SS migliore : 25 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	25				
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione 'S' (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione S anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>20% : 10 peso tra 10 e 19% : 5 peso < 10 : 0 del peso			0	10				
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<40,29			0	5				
										0	40		
B EFFICIENZA										PESO MASSIMO 40			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE			
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	≤ 6: 25 tra 6,01 e 6,8: 15 oltre 6,9 : 0 > 5%			0	25				
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) /PM anno 2017	DS	Analisi flusso SIO				0	15				
										0	40		
C PROCESSI										PESO MASSIMO 20			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE			
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	5				
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5				
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1				
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1				
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla Trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1				
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1				
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2				
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2				
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2				
										0	20		
										TOTALE PESO	RILEVATO	OBBIETTIVO	
											0	100	

STRUTTURA: U.O.S.D. Attività Ambulatoriale - D.H. - PAC e PDTA

DIRETTORE: PROF. PISANI

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 15 PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE
A46	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Elaborazione relazione e messa a regime della revisione del panel e set di indagini diagnostiche per esami somministrati in DH	DS	Analisi documentazione	presenza relazione			0	5	
A30	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<17%			0	10	
								0	15	

B EFFICIENZA

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 55 PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE
B14	supporto al PS	Predisposizione linee guida per attivazione PAC e PDTA per pazienti PS e relazione su numero pazienti assorbiti (ricavi anno 2018 - ricavi anno 2017)/ricavi anno 2017	DS	Analisi documentazione	Presenza linee guida e relazione			0	25	
B15	Incremento delle prestazioni		Cdg	Analisi flussi	>10%			0	30	
								0	55	

C PROCESSI

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste con urgenza entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	7	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	7	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	3	
								0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

SCHEDA DI BUDGET
2018

PTV MOD-5B
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Parkinson

DIRETTORE: PROF. STEFANI

B EFFICIENZA								PESO MASSIMO 70			
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE	
B11	Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb 2017) / Prest Amb. 2017	Cdg	Analisi flussi	>20% : 70 tra 10 e 19,9 : 40 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0 : 0			0	70		
C PROCESSI											
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5		
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>90%			0	10		
C15	Informattizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>90%			0	8		
C5	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1		
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondi i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1		
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1		
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1		
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1		
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1		
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1		
								0	30		

STRUTTURA: U.O.S.D. Demenze

DIRETTORE: PROF. MARTORANA

B COD	EFFICIENZA OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
B11	Incremento volumi di attività	(Prest. Amb. 2018-Prest. Amb 2017) / Prest Amb. 2017	Cdg	Analisi flussi	>20% : 70 tra 10 e 19,9 : 40 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0 : 0			0	70	
								0	70	

C COD	PROCESSI OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	COG	Analisi DB Order entry	0,9			0	5	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	10	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	8	
C5	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	0,8			0	1	
C7	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
								0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBBIETTIVO
0	100

SCHEDA DI BUDGET
2018PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: Dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati

DIRETTORE: PROF. ANDREONI

A		PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE				PESO MASSIMO 100			
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO
A1	Reunion mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e al dipartimento	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	50
A2	Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche Relazione attestante le azioni intraprese relativamente alle seguenti tematiche: Consenso informato Privacy Trasparenza Qualità	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25
A3	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, trasparenza e qualità		DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25
								0	100
TOTALE PESO								RILEVATO	OBBIETTIVO
								0	100

2

STRUTTURA: Area funzionale Diagnostica di laboratorio

DIRETTORE: PROF. Favalli

PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE									
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO
A1	Riunioni mensili con le strutture dell'Area, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per validare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	25
A56	Definizione di percorsi condivisi con le unità cliniche per favorire l'appropriatezza prescrittiva interna e la rapidità dei referti diagnostici	1) Blocchi ad analisi ripetute 2) monitoraggio su appropriatezza	DS	Report in DS	Revisione panel di 5 UD Di e 2 UD Degenza			0	45
A57	Raccordo funzionale tra le UD dell'Area assicurando l'utilizzo condiviso delle risorse umane e tecnologiche	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	1 Verbale			0	30
								0	100
TOTALE PESO								RILEVATO	OBIETTIVO
								0	100

2

SCHEDA DI BUDGET
2018PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Medicina di Laboratorio

DIRETTORE: Prof. Bernardini

B	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	B24	Riduzione tempi di risposta	Valutazione del TAT (Turn around time) richieste urgenti	DS	Sistema Modulab	<40minuti			0	15	
	B25	Rispetto delle procedure in accertazione	Differenza in minuti tra accettazione amministrativa ed esecuzione prelievo inferiore o uguale a 30 minuti	URP	Analisi documentazione	90%			0	10	
	B53	Elaborazione procedure	Elaborazione di procedure per il buon uso del sangue in sala operatoria	DS	Analisi documentazione	entro il 31/10				15	
	B28	Riduzione esami per pazienti interni a seguito dell'introduzione dei blocchi automatici	(Esami per pazienti interni anno 2018 - esami per interni 2017) / esami per interni anno 2017	DS	Sistema Modulab	- 10%: 20 - 5 % : 10			0	20	
	B50	Riorganizzazione dei panel offerti dalla Medicina di Laboratorio, anche nell'ambito del PDTA	Relazione al Direttore Generale sull'analisi dei panel offerti dalla Medicina di Laboratorio	ISPEC	Protocollo Aziendale	entro il 30/09			0	10	
									0	70	

C	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
	C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
	C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
	C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
	C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

SCHEDA DI BUDGET 2018

PTV MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Microbiologia e Virologia

DIRETTORE: Prof. Favalli

B	EFFICIENZA	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70	NOTE
COD									PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO
B29	Analisi risultati del sistema di ALERT per la vigilanza delle infezioni ospedaliere		Invio relazioni alla DS	DS	Presenza delle relazioni al protocollo	relazione trimestrale			0	20
B28	Riduzione esami per pazienti interni a seguito dell'introduzione dei blocchi automatici		(Esami per pazienti interni anno 2018 - esami per interni 2017) / esami per interni anno 2017	DS	Sistema Modulab	- 10% : 30 - 5 % : 10			0	30
B30	Riorganizzazione dei panel offerti dalla Medicina di Laboratorio		Relazione al Direttore Generale sull'analisi dei panel offerti dalla Medicina di Laboratorio rispetto agli indicatori del decreto	ISPaC	Protocollo Aziendale	entro il 30/09			0	20
			Appropriatezza						0	70

C	PROCESSI	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
COD									PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager		N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4
C11			Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4
C12	Supporto attività CVS		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10
									0	30

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo citopatologico

DIRETTORE: Prof. Mauriello

B EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
COD	OBBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
B31	Tempo di refertazioni per prelievi biopsiti estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	Referti consegnati nel 30 minuti sul totale delle richieste	DS	Analisi software ADT	99%			0	25	
B32	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	Referti consegnati nel rispetto del tempo di refertazione sul totale dei referti	DS	Analisi DB	90%			0	25	
B51	Ottimizzazione dei percorsi	Predisposizione linee operative per l'attuazione delle linee di indirizzo emanate dalla Regione Lazio da condividere con la UOSD Anatomia patologica ad indirizzo istopatologico con l'obiettivo del raggiungimento del II livello	DS	Analisi documentazione	Presentazione documentazione entro 31/12/2018			0	20	
								0	70	

C PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
								0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo istopatologico

DIRETTORE: Prof. Orlandi

B			EFFICIENZA											
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE				
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO					
B31	Tempo di referazioni per prelievi biopsici estemporanei max 30 minuti dall'inizio della richiesta	Referti consegnati nel 30 minuti sul totale delle richieste	DS	Analisi software ADT	99%			0	25					
B32	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di referazione)	Referti consegnati nel rispetto del tempo di referazione sul totale dei referti	DS	Analisi DB	90%			0	25					
B51	Ottimizzazione dei percorsi	predisposizione linee operative per l'attuazione delle linee di indirizzo emanate dalla Regione Lazio da condividere con la UOSD Anatomia patologica ad indirizzo citopatologico con l'obiettivo del raggiungimento del II livello	DS	Analisi documentazione	Presentazione documentazione entro 31/12/2018			0	20					
								0	70					

C	COD	PROCESSI	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
	C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
	C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C9		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
	C10		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
	C11		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
	C12		Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

7.2 ALLEGATO 6G

SCHEDA DI BUDGET
2018

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Diagnostica per Immagini

DIRETTORE: Prof. Floris

B	COD	EFFICIENZA	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B33		Incremento della produzione	Esami in urgenza referati entro 60 minuti dalla richiesta sul totale tempo di attesa per esecuzione e refertazione esame in regime ord	numero prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto anno precedente esami urgenti <=2 giorni	DS/CDG	Analisi DB Carestream	10%			0	30	
										0	10	
										0	10	
B34		Miglioramento performance			DS/CDG	Analisi DB Carestream	>=90%			0	10	
B35		Miglioramento performance			DS/CDG	Analisi DB Carestream	>=90%			0	10	
B36		Miglioramento performance			DS/CDG	Analisi DB Carestream	Presenza di esami nel giorno e ora indicati nel 90% delle giornate			0	10	
B37		Miglioramento performance			DS/CDG	Analisi DB Carestream	>=90%			0	10	
										0	70	

C		PROCESSI							PESO MASSIMO 30		
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3		
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UD, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3		
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3		
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3		
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4		
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4		
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10		
								0	30		

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

2

SCHEDA DI BUDGET 2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Neuroradiologia

DIRETTORE: Prof. Garaci

PTV MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

B	EFFICIENZA	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B33		Incremento della produzione	numero prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto anno precedente	DS/COG	Analisi DB Carestream	10%			0	30	
B34		Miglioramento performance	Esami in urgenza referati entro 60 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti	DS/COG	Analisi DB Carestream	>90%			0	10	
B35		Miglioramento performance	tempo di attesa per esecuzione e refertazione esame in regime ord <=2 giorni	DS/COG	Analisi DB Carestream	>90%			0	10	
B36		Miglioramento performance	Prenotazione esami per interni sino alle ore 20 del sabato	DS/COG	Analisi DB Carestream	Presenza di esami nel giorno e ora indicati nel 90% delle giornate			0	10	
B37		Miglioramento performance	n° gg di attesa per esami in regime dh < 7	DS/COG	Analisi DB Carestream	>90%			0	10	
									0	70	

C	PROCESSI	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%				0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata				0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	3	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	3	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte del Referent secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3				0	4	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso				0	4	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta				0	10	
									0	30	

TOTALE PESO	RILEVATO	OBBIETTIVO
	0	100

2

STRUTTURA: U.O.S.D. Operation Radiology Management

DIRETTORE: Prof. Squilacci

B	EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO approvazione e entro 31/12	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
	COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B38		migliorare appropriatezza prescrittiva	Raccordo con i responsabili delle strutture mediche e chirurgiche e predisposizione linee guida per garantire l'appropriatezza prescrittiva e il monitoraggio degli esiti	DS	Analisi documentazione	Monitoraggio esiti da inviare a Direzione Aziendale Direttori di Dipartimento e Resp. di struttura			0	25	
B39		Ottimizzazione efficienza tecnologica	Elaborazione e gestione di un sistema di monitoraggio dell'efficienza tecnologica delle apparecchiature diagnostiche anche con il coinvolgimento del RUP, dei DEC dei contratti di manutenzione e dei tecnici di radiologia	DS	Analisi documentazione	approvazione e condivisione entro 31/12			0	25	
A55		Supporto alla creazione e all'organizzazione dell'ALPI in Diagnostica per immagini	erogazione prestazioni in ALPI	DS/ALPI	Analisi documentazione	Avvio ALPI entro 31/12/2018			0	20	
									0	70	

C	PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
	COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
C11			Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
C12		Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

SCHEDA DI BUDGET 2018

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Radiologia Interventistica

DIRETTORE:

B	EFFICIENZA	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	fino a 50% : 30 tra 50,1 e 60% : 10 oltre 60%: 0			0	30	
B40	Massimizzazione utilizzo sale Rad. Interventistica	Utilizzo del sistema applicativo informatico già in essere per la prenotazione, monitoraggio e refertazione degli interventi chirurgici	UOSD Operation Management	analisi documentazione	100%			0	20	
B41	Incremento delle prestazioni	Analisi delle prestazioni a più alto livello di rapporto costi dispositivi/efficacia e incremento di tali prestazioni rispetto all'anno 2017	DS	analisi documentazione	Incremento prestazioni 10%			0	20	
								0	70	

C	PROCESSI	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	NOTE
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9	Diffusione delle Unee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
								0	30	

TOTALE PESO	OBBIETTIVO
0	100

[Handwritten signature]

SCHEDA DI BUDGET
2018

PTV MOD-58
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: Area funzionale dei Servizi assistenziali integrati

DIRETTORE: PROF. Andreoni

A COD	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 100		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A1	Riunioni mensili con le strutture dell'Area, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la riorganizzazione dei processi trasversali alla struttura	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	20	
AS8	Coordinamento delle diverse UO attraverso incontri e monitoraggio dei vari obiettivi legati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, alle attività dell'Unità ospedaliere secca dolore, al buon uso del sangue, alla diffusione di pratiche organizzative a tutela del personale e ai percorsi di preospedalizzazione	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Report flussi	3) Infez. Ospedaliere: avvio stewardship 2) Hub senza dolore: Applicazione protocolli 3) buon uso sangue: riduzione uso sangue 4) Proposta attraverso applicazione protocolli 5) Consulting psichiatrico: incremento accessi 6) Personale dipendente alla sorveglianza 7) Personale dipendente tempo consulenza 8) Personale dipendente tempo consulenza 9) Personale dipendente tempo consulenza 10) Specialisti che operano presso altri reparti			0	80	
								0	100	
								TOTALE PESO		
								RILEVATO	OBIETTIVO	
								0	100	

2

STRUTTURA: U.O.C. Malattie Infettive

DIRETTORE: Prof. Andreoni

A	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A26		Implementazione sistema monitoraggio infezioni ospedaliere	Messa a regime di un sistema di monitoraggio infezioni ospedaliere con sistema di reporting trimestrale per risk management e DS	DS/Risk Manager	Analisi documentazione	linee guida e report trimestrali			0	10	
A35		Implementazione sistema monitoraggio consumo di antibiotici	Predisposizione linee guida e sistema di monitoraggio consumo di antibiotici con il miglior rapporto costo efficacia	DS	Analisi documentazione	linee guida e report trimestrali			0	10	
A18		Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione "5" (proteita) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>40% : 10 peso tra 30 e 39% : 5 peso < 30 : 0 del peso			0	5	
A30		Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<17%			0	5	
									0	30	

B	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B3		Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 16: 20 tra 16,1 e 17: 10 oltre 17 : 0			0	20	
B4		Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliere	Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Ollammi su CL FA	valore anno 2017			0	20	
									0	40	

C	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C13		Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	5	
C3		Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5	
C14		Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>90%			0	5	
C15		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>90%			0	5	
C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12		Supporto attività CVS	Elaborazione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Terapia Antalgica

DIRETTORE: Dr.ssa Natoli

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
A54	Migliorare l'appropriatezza	Condivisione dei percorsi di cura per il dolore secondo il principio costo-beneficio	DS	Presenza linee guida	Linee guida entro il 31/12/2018			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 30	
B EFFICIENZA									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40	NOTE
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	> 5%			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 20	
B15	Incremento delle prestazioni	(ricavi anno 2018 - ricavi anno 2017) / ricavi anno 2017	Cdg	Analisi flussi	> 10%			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 20	
C PROCESSI									
COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30	NOTE
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 10	
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/premorati	DS	Analisi SGP	>=90%			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 5	
C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 5	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Ricchio clinico	Analisi documentazione	80%			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 1	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Ricchio clinico	Analisi documentazione	n. 3			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Ricchio Clinico da parte del Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Ricchio clinico	Analisi documentazione	1 corso			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			PESO RILEVATO PESO OBIETTIVO 0 2	
TOTALE PESO								RILEVATO OBIETTIVO 0 100	

STRUTTURA: U.O.S.D. Medicina Trasfusionale

DIRETTORE: Prof. Adorno

B	EFFICIENZA	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B42	Incremento del numero delle donazioni di sangue per il raggiungimento dell'auto-sufficienza regionale attraverso la definizione dei piani operativi, anche in collaborazione con le Associazioni di volontariato, finalizzati ad incrementare il numero delle donazioni con particolare riferimento ai periodi di maggiore carenza		Incremento delle donazioni	DS/CDG	Relazione		almeno il 5% di donazioni in più rispetto alla media del periodo 2015-2017			0	40	
B43	Ottimizzazione consumo sangue in Camera operatoria		Rapporti trimestrali su consumo e recupero sangue intraoperatorio	DS	Presenza rapporto		rapporto trimestrale			0	30	
										0	70	

C	PROCESSI	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione		80%			0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione		<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione		<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti	UOC SPP	Analisi documentazione		<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager		N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione		n. 3			0	4	
C11	Supporto attività CVS		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione		1 corso			0	4	
C12			Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione		entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche

DIRETTORE: Dott. Fortuna

B	EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
	COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B49	B15	Migliorare il benessere organizzativo	Elaborazione e attivazione di un progetto da destinare ai dipendenti relativamente al benessere organizzativo	DS	Analisi documentazione	Proposta e attivazione progetto entro 31/12/2018			0	30	
		Incremento delle prestazioni	(ricavi anno 2018 - ricavi anno 2017)/ricavi anno 2017	Cdg	Analisi flussi	>10%			0	40	
C	PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
	COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C3	C14	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	5	
			Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	10
C5	C15	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	8	
			Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1
C7	C16	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
			Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1
C9	C17	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Sturezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
			N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C10	C18	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
			Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1
C12	C19	Supporto attività CVS							0	1	
									0	30	

STRUTTURA: Dipartimento Emergenza e Accettazione

DIRETTORE: PROF. TARANTINO

A COD	PROCESSI, RESPONSABILITÀ e ORGANIZZAZIONE	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITÀ DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 100		NOTE
								PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A1	Riunioni mensili con le strutture del dipartimento, all'atto dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	Brevi verbali con indicazioni proposte	DS	Invio verbale in DS	5 verbali			0	50	
A2	Racordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
A3	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, trasparenza e qualità	tematiche: Consenso Informato Privacy Trasparenza Qualità	DS	Invio Relazione a DG/DS	Relazione entro 31/12/2018			0	25	
								0	100	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

2

STRUTTURA: U.O.C. Ortopedia e Traumatologia

DIRETTORE: Prof. Tarantino

A	QUALITA' e APPROPRIATEZZA				RESPONSABILE MONITORAGGIO	INDICATORE	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
	COD	OBBIETTIVO									PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
A12		Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani		Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	Preval		Analisi flusso SIO	>=60%			0	15	
A13		Analisi mortalità		Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	CDG		Analisi sistema P.RE.VALE.	SS migliore: 20 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	20	
A7		Migliorare l'appropriatezza		Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO		Analisi flusso SIO	<=3%: 5 tra 3 e 6: 2 >=6: 0			0	5	
											0	40	

B	EFFICIENZA				RESPONSABILE MONITORAGGIO	INDICATORE	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
	COD	OBBIETTIVO									PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
B2		Incremento ricavo medio a seduta operatoria		(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG		Software sale operatorie e flussi Sio	Incremento >10% : 10 tra 5 e 9,9% : 7 tra 0 e 4,9% : 5			0	10	escluse urgenze
B5		Contenimento spesa per dispositivi medici		Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG		Analisi consumi	< 0 : 0 fino a 25% : 15 tra 25,1 e 30% : 10 oltre 30% : 0			0	15	
B1		Aumento complessità		(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017	DS		Analisi flusso SIO	> 5%			0	5	
											0	30	

C	PROCESSI				RESPONSABILE MONITORAGGIO	INDICATORE	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
	COD	OBBIETTIVO									PESO RILEVATO	PESO OBBIETTIVO	
C1		Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)		Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG		Analisi flusso SIO	< 2			0	4	
C5		efficientamento utilizzo sale operatorie		N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.		Analisi software S.O.	100: tra 90 e 99%: <90: 0			0	3	
C3		Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h		Percentuale ricoveri programmati con preospitalizzazione	SIO		Analisi flusso SIO	> 95%			0	14	
C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG		Analisi DB Order entry	90%			0	2	
C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico		Analisi documentazione	80%			0	1	
C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP		Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C9		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema		Tempo trascorso sul tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP		Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chuse secondo i termini previsti.	UOC SPP		Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C11				N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico		Analisi documentazione	n. 3			0	1	
C12		Supporto attività CVS		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico		Analisi documentazione	1 corso			0	1	
				Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS		Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
											0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.C. Anestesia e Rianimazione

DIRETTORE: Prof. Dauri

B	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B45		Incremento Prospedalizzazione (effettuare almeno 30 videot anestesilogici al giorno per pazienti in prospezializzazione)	% delle giornate in cui viene eseguito il numero di videot assegnati (max 30)	Servizio percorso preop.	DB servizio percorso preop.	95%			0	10	
B51		Ottimizzazione percorsi	% dei pazienti inseriti nel percorso FastTrack traumatologico con effettuazione videot anestesilogico prima della dimissione dal PS	Servizio percorso preop.	DB servizio percorso preop.	90%			0	15	
B52		Ottimizzazione percorsi	% dei moduli di urgenza che arrivano correttamente compilati alla Cabina di Regia	Cabina di Regia	DB Cabina di Regia	95%			0	10	
B5		Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi Consumato per CDC	mantenere invariato anno 2017			0	15	
B46		Contenimento Spesa Farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo anestetici ed emoderivati	UOC Farmacia	Consumato da Ollamm su CLFA	valore concordato con la UOC Farmacia			0	20	
									0	70	

C	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non Conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	6	
C11		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	6	
C12		Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	6	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

SCHEDA DI BUDGET 2018

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio

DIRETTORE: Prof.ssa Rogliani

A	COD	QUALITA' e APPROPRIATEZZA OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 45		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	A43	Analisi mortalità	BPCD riabilitata: mortalità o riammissioni a 30 giorni (confronto con media Regionale)	CDG	Analisi sistema P RE VALE	SS migliore : 25 non SS (migliore o peggiore): 12,5 SS peggiore: 0			0	20	
	A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime di day hospital	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	15	
	A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo di dimissione "S" (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo di dimissione S anno 2017 su numero pazienti con tipo di dimissione S anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>50% : 10 peso tra 30 e 49% : 5 peso < 30 : 0 del peso			0	10	
									0	45	

B	COD	EFFICIENZA OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 12,4 : 30 tra 12,41 e 12,9 : 15 oltre 12,9 : 0			0	30	
									0	30	

C	COD	PROCESSI OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILIEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 25		NOTE
									PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
	C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	3	
	C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	7	Con esclusione degli esami strumentali
	C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS		>=90%			0	4	
	C15	Informazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS		>=90%			0	4	
	C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
	C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
	C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
	C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
	C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1	
	C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1	
	C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1	
									0	25	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100



7.2 ALLEGATO 7E

STRUTTURA: U.O.S.D. OBI e Medicina d' Urgenza

DIRETTORE: Dott. Legramante

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	DS / ufficio sio	Analisi flusso SIO	<0.29			0	15	
A18	Aumento dimissioni protette rispetto al 2017	Percentuale N° pazienti con tipo dimissione '5' (protetta) anno 2018 meno numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017 su numero pazienti con tipo dimissione 5 anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	>50% : 15 peso tra 30 e 49% : 10 peso < 30 : 0 del peso			0	15	
								0	30	

B EFFICIENZA		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40		NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 13: 40 tra 13.1 e 14: 20 oltre 14 : 0			0	40	
								0	40	

C PROCESSI		INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OBIETTIVO							PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C13	Riduzione del sovraffollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2018 su Tot pazienti dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=15%			0	10	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	10	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C9	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2	
								0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

2

STRUTTURA: U.O.S.D.Terapia Intensiva coordinamento az. organi e tessuti

DIRETTORE: Prof.ssa Leonardis

B	EFFICIENZA	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
B4	Contenimento Spese Farmaceutica ospedaliera			Analisi consumo farmaci	UOC Farmacia	Consumato per CDC estrapolato da Ollammi su CL FA	mantenere valore anno 2017			0	10	
B9	Riduzione rientri non pianificati		Rientri non pianificati in riammissione dopo il trasferimento in reparto sul totale dei pazienti dimessi		DS/ufficio slo	Analisi flusso SDO	2%				10	
B3	Ottimizzazione livello degenza media		Durata degenza media		DS/CDG	Analisi flusso SIO	<= 15: 20 tra 15,01 e 15,5: 10 oltre 15,5: 0			0	20	DM effettiva
B47	Incremento accertamenti morte cerebrale		Numero di accertamenti morte cerebrale in Terapia Intensiva DEA su totale deceduti per lesioni cerebrali in Terapia Intensiva		DS	Schede commissione morte cerebrale	60%			0	30	
										0	70	

C	PROCESSI	COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
										PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema		N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	6	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte del Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	6	
C12	Supporto attività CVS		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunto responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	6	
										0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100

7.2 ALLEGATO 4G

SCHEDA DI BUDGET
2018

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza

DIRETTORE: Dott. Grande

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA									
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 RILEVATO	PESO MASSIMO 30 PESO OBIETTIVO
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0	10
A44	Migliorare l'appropriatezza	Emanazione linee guida su trasferimenti alle altre chirurgie degli interventi chirurgici su colon e colecisti e messa a regime di un sistema di monitoraggio	DS	Analisi documentazione	Approvazione linee guida entro 30/10/2018			0	20
								0	30
B EFFICIENZA									
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 RILEVATO	PESO MASSIMO 40 PESO OBIETTIVO
B3	Ottimizzazione livello degenza media	Durata degenza media	DS/CDG	Analisi flusso SIO	< 13: 40 tra 13,1 e 14: 20 oltre 14 : 0			0	40
								0	40
C PROCESSI									
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 RILEVATO	PESO MASSIMO 30 PESO OBIETTIVO
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referatati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100: 10 tra 90 e 99%: 5 <90: 0			0	10
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	3
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	3
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	2
								0	30
TOTALE PESO								RILEVATO	OBIETTIVO
								0	100

2

STRUTTURA: U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale

DIRETTORE: Prof. Calabrese

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
A19	Migliorare l'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (elleg. B Pato per la salute 2010-2012) e i ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	DS/ ufficio sio	Analisi flusso SIO	<=0,29			0 10	
A7	Migliorare l'appropriatezza	Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	SIO	Analisi flusso SIO	<=3%: 5 tra 3 e 6: 2 >6: 0			0 10	
A6	Migliorare l'appropriatezza	N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi	CDG	Analisi flusso SIO	>=95%			0 10 0 30	

B EFFICIENZA

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 40 PESO RILEVATO	NOTE
B13	Incremento delle prestazioni	(ricavi anno 2018 - ricavi anno 2017)/ricavi anno 2017	Cdg	Analisi flussi	>10% : 10 tra 0,1 e 9,9 : 5 <= 0 : 0 Incremento >10% : 20			0 10	
B2	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	(Ricavo medio a seduta anno 2018 - ricavo medio a seduta anno 2017) / Ricavo medio a seduta anno 2017	Cabina di regia/CDG	Software sale operatorie e flussi Sio	tra 5 e 9,9% : 10 tra 0 e 4,9% : 5 < 0 : 0			0 10	escluse urgenze
B5	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	CDG	Analisi consumi	< 20% : 10 tra 20,1% e 25% : 5 > 25% : 0			0 10 0 10 0 40	
B1	Aumento complessità	(PM anno 2018 - PM anno 2017) / PM anno 2017	DS	Analisi flusso SIO	> 5%				

C PROCESSI

COD	OBBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	NOTE
C1	Riduzione digenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore digenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	CDG	Analisi flusso SIO	< 2			0 5	
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0 4	
C5	efficientamento utilizzo sale operatorie	N° interventi chirurgici referati entro 24 ore dall'intervento	Cabina di Regia S.O.	Analisi software S.O.	100 % : 5 tra 90 e 95% : 2 <90 : 0 >=90% : 3			0 5 0 3 0 3	
C14	Trasparenza liste attesa	Rapporto accettati/prendotati	DS						
C15	Informattizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS						
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0 1	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0 1	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso sul programma rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0 1	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n 3			0 2	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0 2	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0 2	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBBIETTIVO	100

STRUTTURA: U.O.S.D. Radiologia P.S.

DIRETTORE: Prof. Orlacchio

B EFFICIENZA

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70 PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE
B48	Efficientamento prestazioni per interni	Emissione linee guida appropriatezza esami diagnostici e messa a regime sistema di monitoraggio	DS	Analisi documentazione	Approvazione linee guida entro 30/10/2018			0	30	
B34	Miglioramento performance	Esami referati entro 60 minuti dall'erogazione sul totale degli esami	DS/CDG	Analisi DB Carestream	>=80%			0	40	
								0	70	

C PROCESSI

COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30 PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	3	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	3	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C9		Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	3	
C10	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	4	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	4	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	10	
								0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100

STRUTTURA: Programma Aziendale "Biologia molecolare clinica"

DIRETTORE: Prof. Cortese

A QUALITA' e APPROPRIATEZZA		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 70		NOTE
COD	OGGETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OGGETTIVO	
	Elaborazione dei profili di indagine biochimica per i PDTA/PAC attivi e da attivare presso il PTV che necessitano di tale indagine di intesa con i clinici interessati	Redazione elaborati profili di indagine		DS	Analisi documentazione	Presenta elaborati			0	70	
									0	70	

C PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO MASSIMO 30		NOTE
COD	OGGETTIVO								PESO RILEVATO	PESO OGGETTIVO	
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP / Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	8	
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	2	
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	2	
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti		UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	2	
C10	Diffusione delle Linee guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	6	
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	5	
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	5	
									0	30	

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OGGETTIVO	100



STRUTTURA: Programma Aziendale "Fisiatria"

DIRETTORE: Prof. Foti

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

C		PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE	MODALITA' DI RILEVIO	VALORE	1° RILEVAZIONE	2° RILEVAZIONE	PESO MASSIMO 50	
COD		OBBIETTIVO			MONITORAGGIO			TRIANGULO	LUG-SET	2° SEM 2018	PESO	PESO
											RELATIVO	OBBIETTIVO
C3		Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate		CDG	Analisi DB Order entry	90%				0	30
C14		Trasparenza Iste attesa	Rapporto accettati/premessi		DS	Analisi SCP	>=90%				0	8
C15		Informattizzazione	Carelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali		DS	Analisi software	>=90%				0	5
C6		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%				0	1
C7		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corresponsione di non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro riferite alla propria U.O. secondo i termini programmati		UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata				0	1
C8		Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	1
C9		Autori Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.			UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata				0	1
C10		Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3				0	1
C11		Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso				0	1
C12		Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta				0	1

TOTALE PESO	
RILEVATO	OBIETTIVO
0	100



7.2 ALLEGATO 8C



SCHEDA DI BUDGET 2018

PTV_MOD-SB
Rev. 3
del 16/03/2018

STRUTTURA: Programma Aziendale "Nutrizione Clinica"

DIRETTORE: Prof. De Lorenzo

B EFFICIENZA		INDICATORE		RESPONSABILE		MODALITA' DI RILIEVO		VALORE		1° RILEVAZIONE		2° RILEVAZIONE		PESO MASSIMO 50		NOTE									
COD	OBIETTIVO			MONITORAGGIO				TRAGUARDO		LUG-SET		2° SEM 2018		PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO										
B54	Razionalizzazione spesa	Spesa per nutrizione parenterale 2018 - spesa per nutrizione parenterale 2017 / spesa per nutrizione parenterale 2017		UOC Farmacia		Analisi flussi		< 25%						0	30	Classe merceologica FA04									
B55	Attività volte ad incrementare la nutrizione parenterale	Spesa per nutrizione enterale 2018 - spesa per nutrizione enterale 2017 / spesa per nutrizione enterale 2017		UOC Farmacia		Analisi flussi		> 25%						0	20	Classe merceologica FA03									
C PROCESSI		INDICATORE		RESPONSABILE		MODALITA' DI RILIEVO		VALORE		1° RILEVAZIONE		2° RILEVAZIONE		PESO MASSIMO 50		NOTE									
COD	OBIETTIVO			MONITORAGGIO				TRAGUARDO		LUG-SET		2° SEM 2018		PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO										
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate		CDG		Analisi DB Order entry		90%						0	30										
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati		DS		Analisi SGP		>=90%						0	8										
C15	informatizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali		DS		Analisi software		>=90%						0	5										
C6	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte		UOC SPP/ Rischio clinico		Analisi documentazione		80%						0	1										
C7	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a correttezza di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati		UOC SPP		Analisi documentazione		<20 giorni lavorativi dalla data concordata						0	1										
C8	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti		UOC SPP		Analisi documentazione		<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata						0	1										
C9	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Azioni Correttive delle Non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.		UOC SPP		Analisi documentazione		<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata						0	1										
C10	Diffusione delle linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.		Rischio clinico		Analisi documentazione		n. 3						0	1										
C11	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.		Rischio clinico		Analisi documentazione		1 corso						0	1										
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta nsancatoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti		CVS		Analisi documentazione		entro 30 giorni dalla richiesta						0	1										

[Handwritten signature]

	SCHEDA DI BUDGET 2018	PTV_MOD-SB Rev. 3 del 16/03/2018
---	----------------------------------	--

STRUTTURA: Programma Aziendale "Trattamento del Glaucoma"

DIRETTORE: Prof. Manni

B			EFFICIENZA							PESO MASSIMO 30			
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE			
B11	Incremento volumi di attività	(Pres. Amb. 2018-Pres. Anno 2017)/ Pres.Amb. 2017	Cdg	Analisi flussi	>20% : 70 tra 10 e 19,9: 40 tra 0,1 e 9,9 : 10 <= 0,0			0	30				
								0	30				
C			PROCESSI					PESO MASSIMO 70					
COD	OBIETTIVO	INDICATORE	RESPONSABILE MONITORAGGIO	MODALITA' DI RILEVO	VALORE TRAGUARDO	1° RILEVAZIONE LUG-SET	2° RILEVAZIONE 2° SEM 2018	PESO RILEVATO	PESO OBIETTIVO	NOTE			
C3	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate	CDG	Analisi DB Order entry	90%			0	30				
C14	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	DS	Analisi SGP	>=90%			0	18				
C15	Informattizzazione	Cartelle cliniche elettroniche/prime visite ambulatoriali	DS	Analisi software	>=90%			0	15				
C6	Attualzione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	N° Partecipazioni alle riunioni per la sicurezza sul totale di quelle proposte	UOC SPP/ Rischio clinico	Analisi documentazione	80%			0	1				
C7	Attualzione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Completamento di azioni a corresponsione di non conformità del Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati	UOC SPP	Analisi documentazione	<20 giorni lavorativi dalla data concordata			0	1				
C8	Attualzione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	UOC SPP	Analisi documentazione	<7 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1				
C9	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	Azioni Correttive delle non conformità del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro riferite alla propria Unità Operativa, chiuse secondo i termini previsti.	UOC SPP	Analisi documentazione	<30 gg lavorativi dalla data di scadenza concordata			0	1				
C10	Partecipazione ai corsi in ambito di Rischio Clinico da parte dei Referenti secondo le indicazioni del Risk Manager	N. Riunioni effettuate con i referenti di U.O.	Rischio clinico	Analisi documentazione	n. 3			0	1				
C11		Frequenza di almeno 1 corso di formazione organizzato dal Risk management nell'arco di un anno solare.	Rischio clinico	Analisi documentazione	1 corso			0	1				
C12	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	CVS	Analisi documentazione	entro 30 giorni dalla richiesta			0	1				
								0	70				

TOTALE PESO	
RILEVATO	0
OBIETTIVO	100



Schede di Verifica per il raggiungimento annuale degli Obiettivi personale di comparto afferente struttura amministrativa UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE

Settore:

- **DOTAZIONE ORGANICA, ACQUISIZIONE DEL PERSONALE E
PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO**
- **TRATTAMENTO ECONOMICO**
- **RILEVAZIONE PRESENZE**
- **SVILUPPO RISORSE UMANE**
- **PREVIDENZA E QUIESCENZA**
- **GIURIDICO**
- **PERSONALE IN STAFF ALLA UOC**

Direttore della Struttura Operativa: Dr.ssa Eleonora Alimenti

Periodo di riferimento

oggetto di valutazione: 01/01/2018– 31/12/2018



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO						
STRUTTURA OPERATIVA	UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE					
DIRETTORE STRUTTURA	Dr.ssa Eleonora Alimenti					
ANNO DI RIFERIMENTO	01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018					
SETTORE SVILUPPO RISORSE UMANE						
OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento			VALUTAZIONE(****): da compilare a fine periodo di riferimento			
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
1) Aggiornamento sistema qualità Ufficio Sviluppo Risorse Umane: Aggiornamento Cruscotto indicatori - Aggiornamento monitoraggi correlati - Aggiornamento diagrammi di flusso - Eventuale richiesta implementazione POS. Invio dei dati richiesti entro la tempistica indicata.	25%	si				
INDICATORE Relazione attività svolta			MODALITA' DI RILIEVO: Relazione al Dirigente			
legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / VALORE ATTESO			per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGIUNTO X PESO OBIETTIVO / 100			

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
2)	Gestione della sezione trasparenza di competenza del settore con costante monitoraggio e implementazione delle pubblicazioni da effettuare	25%	si				
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO:					
corretta pubblicazione come indicato dal prospetto degli adempimenti obbligatori del DRUM		report UOS QUALITA'					
		legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGIUNTO / PESO OBIETTIVO X 100					
Note							

DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE
3) Pubblicazione sul sito istituzionale dei risultati dell'apprendimento e delle valutazioni di gradimento di tutti i partecipanti ai corsi ECM organizzati dal PTV		25%	si	
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO:		
si		Pubblicazione sul sito		
		legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT / 100		
		% RISULTATO RAGGIUNTO	RILEVATO ANNO 2018	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
Note				
DESCRIZIONE OBIETTIVO		PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE
4) MONITORARE IL LIVELLO DI SODDISFAZIONE SUI CORSI ESPRESSO DAI PARTECIPANTI		25%	75%	
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO:		
		legenda:		
		% RISULTATO RAGGIUNTO	RILEVATO ANNO 2018	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO

Rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla necessità di aggiornamento del partecipante. Scala prevista per i corsi E.C.M. – da scheda di valutazione dell'evento formativo redatta dal partecipante. La scala prevede i seguenti livelli: La scala prevede i seguenti livelli: - non rilevante - NR - poco rilevante - PR - abbastanza rilevante - AR - rilevante - R - molto rilevante - MR
Qualità educativa / di aggiornamento fornita dall'evento. Scala prevista per i corsi E.C.M. – da scheda di valutazione dell'evento formativo redatta dal partecipante. La scala prevede i seguenti livelli: - insufficiente - INS - mediocre - ME - soddisfacente - SO - buona - BU - eccellente - EC
Utilità dell'evento per la formazione continua del partecipante. Scala prevista per i corsi E.C.M. – da scheda di valutazione dell'evento formativo redatta dal partecipante. La scala prevede i seguenti livelli: - insufficiente - I - parzialmente utile – PU - abbastanza utile – AU - utile – U - molto utile - MU

Report (db Access)

Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto

per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto
RILEVATO/UTILE/ESU

per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso
% RISULTATO RAGGIUNTO OBIETTIVO

VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI (****)	
TOTALE RAGGIUNTO	/100
TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL "80%"	/100
Note	
FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI	
Roma, lì 28/05/2018	Roma, lì
IL DIRETTORE/RESPONSABILE: Dr.ssa Eleonora Alimenti	IL DIRETTORE/RESPONSABILE
IL DIPENDENTE VALUTATO:	
Dr.ssa Siria Zordan	
Dr.ssa Serena Fazio	
Sig.ra Lucia Rossini	
FIRMA ESITO VALUTAZIONE	
Legenda:	
(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.	
(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun	
(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.	
(****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della valutazione finale alla percentuale dell'80%.	

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Lucia Rossini
--------------------	---------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	CAPACITA' PROFESSIONALI:		NO				SI	Monitoraggio
	Monitoraggio relativo alla valutazione da parte del Collegio Tecnico: nei riguardi di tutto il personale dipendente del Policlinico Tor Vergata afferente all'Area della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria non medica: - alla scadenza dell'incarico conferito; - al termine del primo quinquennio di servizio per i dirigenti di nuova assunzione; - al compimento dei quindici anni di servizio, prestato senza soluzione di continuità (sia a tempo determinato che indeterminato); nei riguardi di tutto il personale dipendente del Policlinico Tor Vergata afferente all'Area della Dirigenza Tecnica, Amministrativa e Professionale: - alla scadenza dell'incarico conferito; - al termine del primo quinquennio di servizio per i dirigenti di nuova assunzione;	Peso max 8	0				8	
2	QUALITA' DELLE PRESTAZIONI SVOLTE:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Monitoraggio
	Scadenario Posizioni Organizzative Amm.ve, Sanitarie e Coordinamenti (con indicazione delle fasi del processo valutativo)	Peso max 8	0	2	4	6	8	
3	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	note , verbali, email ecc.
	Interscambiabilità tra settori (attività di supporto agli incontri OIV)	Peso max 4	0	1	2	3	4	
Totale Peso		20						

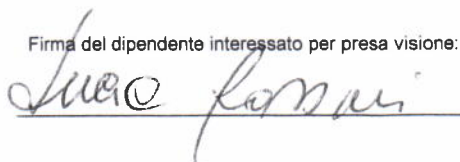
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun items le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

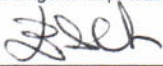
Dipendente:	Serena Fazio
--------------------	--------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto Individuale					Modalità di rilievo
1	IMPEGNO LAVORATIVO:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Monitoraggio procedure qualità/Non conformità Report riepilogo eventi con tempistica
	Rispetto degli obiettivi legati alla tempistica stabiliti dal processo di certificazione della qualità (entro 30 gg dall'inizio dell'evento è necessario inviare richiesta di inserimento evento definitivo sul sito Age.Na.S. ed entro 90 gg inviare rapporto del singolo evento sul sito Age.Na.S.)	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
3	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		no				si	ddg e note
	Strutturazione personale universitario con adozione della delibera e predisposizione della lettera di conferimento incarico	Peso max 8	0				6	
5	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Monitoraggio procedure qualità (Check list)
	Rispetto degli obiettivi contenutistici stabiliti dal processo di qualità (completezza della documentazione acquisita per ciascun corso e correttezza della compilazione delle schede di inserimento di ciascun corso nel sito Age.Na.S.)	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Allmenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Siria Zordan
--------------------	--------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	IMPEGNO LAVORATIVO:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	file excel
	Report sulla partecipazione del personale dipendente alle attività di aggiornamento obbligatorio	Peso 4	0	1	2	3	4	
2	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		no				si	attestazione del Dirigente
	Collaborazione alle attività inerenti il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (Dirigenti Universitari, Dirigenti SSN, Comparto)	Peso 8	0				8	
5	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Monitoraggio
	Report a scalare dei costi della formazione (anche ECM)	Peso max 8	0	2	4	6	8	
Totale Peso		20						

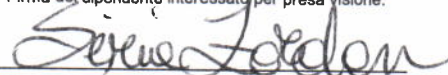
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO

STRUTTURA OPERATIVA	UOC GESTIONE SVILUPPON RISORSE UMANE
DIRETTORE STRUTTURA	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
ANNO DI RIFERIMENTO	01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018

RILEVAZIONE PRESENZE

OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento	VALUTAZIONE(***) : da compilare a fine periodo di riferimento			
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
1) Aggiornamento delle procedure informatiche (Giuridico/Presenze) dovute a trasferimenti interni del personale dipendente comparto e Dirigenza.	30%	si		
INDICATORE Relazione con dettaglio del numero dei trasferimenti interni gestiti Tot. Trasferimenti/Trasferimenti risultanti in procedura				
MODALITA' DI RILIEVO: relazione al dirigente legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGX PESO OBIETT / 100				

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO AL PESO DELL'OBIETTIVO
2) Monitoraggio quadrimestrale dei saldi ore riferiti al personale dipendente, universitario e sumai e predisposizione delle relative note di richiesta piano di recupero entro data fissata o eventuale invio dei giustificativi di assenza mancanti.	30%	si				
INDICATORE				MODALITA' DI RILIEVO:		
Relazione attività svolta				relazione al dirigente		
				legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto % RISULTATO RAGGIUNTO = $\frac{\text{RILEVATO}}{\text{VALORE ATTESO}} \times 100$		

Note

DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO AL PESO DELL'OBIETTIVO
3) Aggiornamento sistema qualità Ufficio Sviluppo Risorse Umane: Aggiornamento Cruscotto indicatori - Aggiornamento monitoraggi correlati - Aggiornamento diagrammi di flusso - Eventuale richiesta implementazione POS. Invio dei dati richiesti entro la tempistica indicata.	25%	si				
INDICATORE				MODALITA' DI RILIEVO:		
Relazione attività svolta				Relazione al Dirigente		
				legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto		



per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto
RILEVATOX100/ATTESO

per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso
% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100

Note

PESO
OBIETTIVO

25%

VALORE ATTESO
ANNO 2018

si

VALORE
MINIMO
ACCETTABILE

RILEVATO ANNO
2018

% RISULTATO
RAGGIUNTO

RISULTATO
RAGGIUNTO
RAPPORTATO AL
PESO
DELL'OBIETTIVO

DESCRIZIONE OBIETTIVO

4 Gestione della sezione trasparenza di competenza del settore
con costante monitoraggio e implementazione delle
pubblicazioni da effettuare

INDICATORE

corretta pubblicazione come indicato dal prospetto degli
adempimenti obbligatori del DRUM

MODALITA' DI RILIEVO:

report UOS
QUALITA'

legenda:
il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto

per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto
RILEVATOX100/ATTESO
per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso
% RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100

VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI (**)**

TOTALE RAGGIUNTO

/100

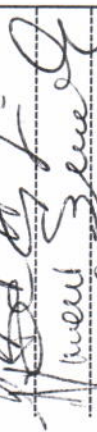
TOTALE RAGGIUNTO
RAPPORTATO ALL'80%

/100

Note

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI		FIRMA ESITO VALUTAZIONE	
Roma, li' <u>18/06/2013</u>	II DIRETTORE/RESPONSABILE	Roma, li' <u> </u>	II DIRETTORE/RESPONSABILE
Giuseppe Zappalà			
Alessio De Giorgi			
Emanuele Vincenzi			
MariaGrazia Falconi			
Fabrizio Colombo			








PAOLO SALVATORE



Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.

(****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali
-------------------	---

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Sig. Fabrizio Colombo
--------------------	-----------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Report excel estrapolato dal sito PeriaPa - Gedap
	Inserimento permessi sindacali su sito PeriaPa funzione Gedap entro 48 ore dalla data di protocollo in entrata della relativa autorizzazione - % inserimenti entro 48 ore rispetto al totale inserimenti.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
2	IMPEGNO LAVORATIVO:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Report excel con indicazione data di estrapolazione e periodo di riferimento.
	Estrapolazione ed inserimento certificazioni mediche da sito INPS su procedura JOB TIME - Ogni 5 giorni lavorativi - % iestrapolazioni effettuate rispetto al totale delle estrapolazioni da effettuare.	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	
3	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Report file excel con monitoraggio invio report anomalie
	Invio report anomalie suddivise per cdc e qualifiche (due per mese) entro il giorno 3 ed entro il giorno 18 ciascun mese.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa visione:

Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun items le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valorizzazione

Struttura:	UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali
-------------------	---

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Dr. Paolo Salvatori
--------------------	---------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	<u>ORIENTAMENTO VERSO L'UTENZA:</u>		0	1-2	3-4	5-6	7	Stampa report pubblicato e mail trasmissione
	Inserimento sul sito internet aziendale dei tassi di assenza del personale convenzionato suddivisi per Centro di Costo (Mensile)	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	
2	<u>QUALITA' DELLE PRESTAZIONI SVOLTE:</u>		0	2	4	7	9	5 reports mensili(per il punto 1) e 2 report trimestrali(per il punto 2).
	Monitoraggio: 1) ricevimento dei cartellini provvisori del personale convenzionato ; 2) monitoraggio mancate timbrature personale convenzionato(trimestrale).	Peso max 8	0	2	4	6,5	8	
3	<u>IMPEGNO LAVORATIVO:</u>		0	1-2	3-4	5-6	7	report aggiornato mensilmente
	Aggiornamento report Monitoraggio Plus orario Sumai con indicazione per cdc del monte ore autorizzato, liquidato mensilmente, non autorizzato e residuo.	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data

18/06/2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa visione:

Paolo Salvatori

Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun items le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

Esito apporto Individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

____/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali
-------------------	---

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Sig.ra Maria Grazia Falconi
--------------------	-----------------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Report excel Monitoraggio turni pervenuti e Indicazioni delle eventuali mail di sollecito
	Monitoraggio Turni consuntivi di PD e Guardia riferiti al personale Universitario pervenuti, con predisposizione della eventuale mail di sollecito.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
2	IMPEGNO LAVORATIVO:		0	1-2	3-4	5-6	7	Report excel con le rettifiche necessarie.
	Gestione File rettifiche competenze accessorie personale Universitario da inserire nella nota di trasmissione a mezzo mail indirizzata all'UFF. Trattamento Economico PTV entro la scadenza comunicata da UTV.	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	
3	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0	1-2	3-4	5-6	7	Report. Excel con Indicazioni delle mail di trasmissione
	Invio entro il giorno 15 ad ufficio Alpi delle marcature rilevate dal personale dirigente medico (SSN, Sumal e Universitario), con codice dedicato Alpi Interna nella mensilità precedente.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
Totale Peso		20						

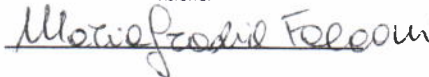
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18/06/2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa

visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

____/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____

Dr

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali
------------	---

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-----------------------------	--------------------------

Dipendente:	Dr. Giuseppe Zappalà
-------------	----------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	IMPEGNO LAVORATIVO:		<61%	61% - 70%	71% - 80%	81% - 89%	>=90%	File Excel " Monitoraggio dati assenze Funzione Pubblica"
	Rispetto della disposizione di rilevazione delle assenze del personale dipendente (malattie retribuite, assenze non retribuite, assenze ex legge n. 104/92, procedimenti disciplinari) mediante pubblicazione sul sito FP entro il 15 di ogni mese per le assenze del mese precedente - % pubblicazioni effettuate entro il termine previsto su totale pubblicazioni da effettuare	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
2	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	File Excel " Monitoraggio trasmissione Report accessori Sumai a Trattamento economico"
	Trasmissione delle variabili mensili accessorie riferite al personale Sumai ad ufficio trattamento economico entro il giorno 12 di ciascun mese, con le seguenti informazioni: 1) Reperibilità attiva e passiva maturata, 2) Prestazioni per coordinamento trapianti, 3) Prestazioni per raccolta sangue, 4) Prestazioni orarie sostituiti, 5) Eventuali rettifiche mesi precedenti.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
3	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0	1-2	3-4	5-6	7	Report file excel con relativa indicazione mail di ricezione
	Trasmissione report Azienda e Fondazione situazione mensile assenze per maternità/aspettative non retribuite/congedi parentale ad ufficio Acquisizioni DRUM	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

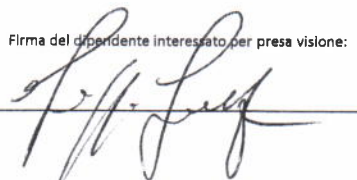
Data

13/06/18

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto Individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valutazione

Struttura:	UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali
-------------------	---

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Sig. Alessio De Giorgi
--------------------	------------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	IMPEGNO LAVORATIVO:		0-1	2-3	4-5	6	7	File excel contenente gli estremi della trasmissione DIPS e mail di trasmissione ad ufficio ALPI e Trattamento economico.
	Estrazione ed invio ad ufficio Alpi delle prestazioni effettuate in regime di Alpi interna dal personale dipendente di comparto Azienda e Fondazione nella mensilità precedente entro giorni 3 dalla nota di conferma o modifica transiti della Dips.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
2	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0-1	2-3	4-5	6	7	File Excel "Monitoraggio inserimento Indennità OBI con indicazione della nota DIPS e data di inserimento in procedura JT
	Inserimento mensili delle spettanze accessorie del personale afferente al reparto OBI per l'erogazione delle indennità giornaliere di disagio ex art. 44 come da prospetto mensile inviato dalla DIPS	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	
3	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0-1	2-3	4-5	6	7	Report file excel con relativa indicazione mail di invio
	Trasmissione report Buoni pasto maturati a DBA entro il giorno 25 di ciascun mese in riferimento alla mensilità precedente.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
Totale Peso		20						

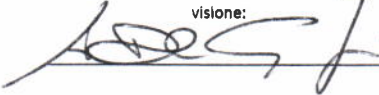
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18/06/18

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto Individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiente del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali
-------------------	---

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

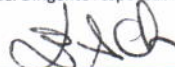
Dipendente:	Sig. Emanuele Vincenzi
--------------------	------------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto Individuale					Modalità di rilievo
	IMPEGNO LAVORATIVO		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Elaborazione modello Report a richiesta. - Rispetto invio documentazione entro tre giorni lavorativi - Verifica % rilascio report entro la tempistica fissata rispetto al totale dei report richiesti e rilasciati	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	Report excel monitoraggio report a richiesta
	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0	1-2	3-4	5-6	7	
2	Gestione File rettifiche competenze accessorie personale dipendente da inserire nella nota di trasmissione ESEL entro il giorno 12 di ciascun mese.	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	Report Rettifiche mese precedente
	CAPACITA' PROFESSIONALI:		0	1-2	3-4	5-6	7	
3	Inserimento Turni di Pronta Disponibilità e chiamate in reperibilità mese precedente entro il giorno 12 di ciascun mese	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	Verifica report excel inserimento turni PD
	Totale Peso	20						

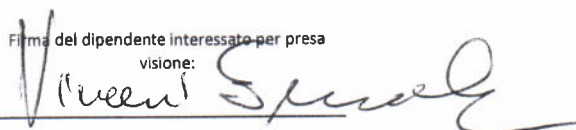
Data 18/06/18

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun items le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto Individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

____/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO						
STRUTTURA OPERATIVA		UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE				
DIRETTORE STRUTTURA		DR.SSA ELEONORA ALIMENTI				
ANNO DI RIFERIMENTO		01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018				
ACQUISIZIONE DEL PERSONALE E PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO						
OBIETTIVI (*) (**): da compilare ad inizio del periodo di riferimento		VALUTAZIONE(***): da compilare a fine periodo di riferimento				
DESCRIZIONE OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2018	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
Aggiornamento sistema qualità Ufficio Acquisizione: Aggiornamento Cruscotto indicatori - Aggiornamento monitoraggi correlati - Aggiornamento diagrammi di flusso - Eventuale richiesta implementazione POS. Invio dei dati richiesti entro la tempistica indicata.	25%	SI				
INDICATORE Relazione e Cruscotto indicatori aggiornato.		MODALITA' DI RILIEVO: relazione al dirigente				
legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100						

DESCRIZIONE OBIETTIVO Gestione della sezione trasparenza di competenza del settore con costante monitoraggio e implementazione delle pubblicazioni da effettuare	PESO OBIETTIVO 25%	VALORE ATTESO ANNO 2018 SI	VALORE MINIMO ACCETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
INDICATORE corretta pubblicazione come indicato dal prospetto degli adempimenti obbligatori del DRUM	MODALITA' DI RILIEVO: report UOS QUALITA'	legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT / 100				
ote						
DESCRIZIONE OBIETTIVO Riepilogo annuale assunzioni e cessazioni personale dipendente	PESO OBIETTIVO 25%	VALORE ATTESO ANNO 2018 1	VALORE MINIMETTABILE	RILEVATO ANNO 2018	% RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO RAPPORTATO AL PESO DELL'OBIETTIVO
INDICATORE report elaborati	MODALITA' DI RILIEVO: report	legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT / 100				
ote						

Firma per Assegnazione Obiettivi		Firma per Valutazione	
Roma, li' _____ Il DIRETTORE/RESPONSABILE		Roma, li' _____ Il DIRETTORE/RESPONSABILE	
ANNA LISA BARRACCHINI		<i>[Signature]</i>	
ENRICO MARIA SERGIO		<i>[Signature]</i>	
BARBARA TORESDORI		<i>[Signature]</i>	
ROBERTA FUSIELLO		<i>[Signature]</i>	
_____		_____	
Agenda:			
) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.			
*) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito			
**) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto			
***) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto			

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comporto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	ENRICO MARIA SERGIO
--------------------	---------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Rispetto degli obiettivi legati alla tempistica stabiliti dal processo di certificazione della qualità: procedure di acquisizione da conferimento incarichi)	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	Monitoraggio procedure qualità/Non conformità
2	Monitoraggio delle acquisizioni a T.I. in esito ad autorizzazioni regionali	Peso max 5	0	1,25	2,75	3,75	5	trasmissione al dirigente
3	Riepilogo semestrale acquisizioni effettuate	Peso max 5	0				5	report semestrale
4	Archiviazione pratiche concorsuali ai fini della privacy	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	report

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

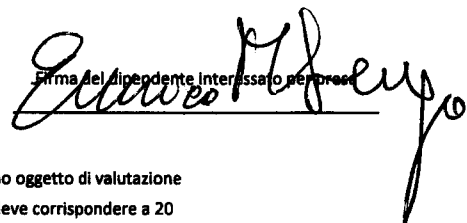
Data

18/6/18

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa

**Legenda:**

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	BARBARA FORESTIERI
--------------------	--------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1								Monitoraggio procedure qualità/Non conformità
	Rispetto degli obiettivi legati alla tempistica stabiliti dal processo di certificazione della qualità: procedure di acquisizione da conferimento incarichi SUMAI)	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	
2			1	2	3	4	6	Report mensile
	Monitoraggio degli incarichi a tempo determinato conferiti, a qualsiasi titolo, in esito ad autorizzazione regionale. Trasmissione mensile (entro il giorno 10 del mese successivo).	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	
3			0		1		2	Report complessivo n. pratiche svolte di altri settori interni all'ufficio
	Trasmissione Prospetto Informativo on line Categorie Protette/Disabili al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Peso max 5	0		2,5		5	
4			no				si	Trasmissione
	Comunicazione al Dipartimento AIG degli incarichi conferiti a collaboratori esterni o consulenti che hanno svolto incarichi nell'ambito di commissioni di concorso/avviso presso il PTV (entro il 31 dicembre per quelli relativi al I semestre, entro il 30 giugno per quelli relativi al II semestre)	Peso max 5	0				5	
Totale Peso		20						

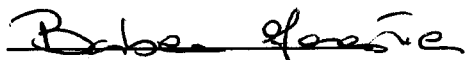
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18/6/18

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto Individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valortizzazione

Struttura: **UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE**

Direttore/
Responsabile: **DR.SSA ELEONORA ALIMENTI**

Dipendente: **ANNALISA BARRACCHINI**

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Rispetto degli obiettivi legati alla tempistica stabiliti dal processo di certificazione della qualità: procedure di acquisizione da utilizzo graduatorie a tempo indeterminato	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	Monitoraggio procedure qualità/Non conformità
2	Monitoraggio delle richieste di acquisizione del personale e aggiornamento stato autorizzazioni regionali.	Peso max 5	0				1	Report ANNUALE
3	Monitoraggio mensile nominativo delle acquisizioni e relativa trasmissione al dirigente	Peso max 5	0	2	3	4	5	mail al dirigente
4	Pubblicazione elenco dei dipendenti con contratto a Tempo Determinato sul Portale PTV	Peso max 5	0				1	Report ANNUALE
	Totale Peso	20						

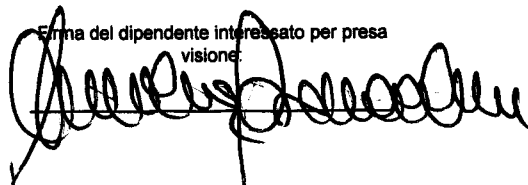
Data 18/06/18

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



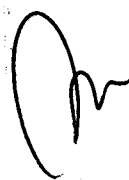
Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valorizzazione

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	--

Direttore/ Responsabile:	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
-------------------------------------	---------------------------------

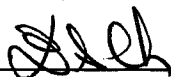
Dipendente:	ROBERTA PUNIELLO
--------------------	-------------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1								Monitoraggio procedure qualità/Non conformità
	Rispetto degli obiettivi legati alla tempistica stabiliti dal processo di certificazione della qualità: procedure di acquisizione da mobilità e comando)	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	
2			0		1		2	Trasmissione trimestrale
	Trasmissione alla Direzione Regionale programmazione risorse del SSR degli atti deliberativi adottati dal Dg delle mobilità di compensazione attivate come da nota prot. 52028/2016 della Regione Lazio	Peso max 5	0		2,5		5	
3			1	2	3	4	6	Report mensile
	Implementazione DB Mobilità e monitoraggio procedure di mobilità in entrata/uscita/a compensazione. Trasmissione mensile (entro il giorno 10 del mese successivo).	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	
4			0				1	Trasmissione semestrale
	Trasmissione semestrale alla Direzione Regionale resoconto dei Comandi Regionali autorizzati dal PTV	Peso max 5	0				5	
Totale Peso		20						

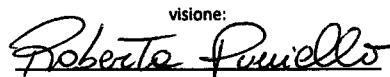
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18/06/2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....

.....

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....

.....

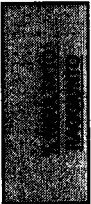
Data _____

Firma del valutato _____



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO

STRUTTURA OPERATIVA		DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE E GESTIONE RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI				
DIRETTORE STRUTTURA		Dr.ssa ELEONORA ALIMENTI				
ANNO DI RIFERIMENTO		01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018				
UFFICIO PREVIDENZA E QUIESCENZA						
DESCRIZIONE OBIETTIVO						
1) Invio Modello OT24 INAIL ai fini della richiesta di riduzione del tasso medio di tariffa.	50%	SI				
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO: ricevuta di invio				
invio modello		legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETTIV/100				
Note						

DESCRIZIONE OBIETTIVO 2) Coordinazione degli uffici DRUM per sistemazione Pos Qualità. INDICATORE acquisizione versioni aggiornate dal DRUM	 25%  SI     legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RILEVATO X PESO OBIETTIVO / 100
Note	



DESCRIZIONE OBIETTIVO 3) Rendere la tempistica, nella evasione di pratiche da lavorare con procedure obsolete ("data consegna protocollo/validata online" < "scadenza"), a norma di legge.										
	25%	2	2							
INDICATORE monitoraggio semestrale	MODALITA' DI RILIEVO: report semestrale									
legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto $\text{RILEVATO} \times 100 / \text{ATTESO}$ per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso $\% \text{ RISULTATO RAGGIUNTO} = \text{RILEVATO} / \text{PESO}$										
Note										
VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI (%)										
<table border="1"> <tr> <td>TOTALE RAGGIUNTO</td> <td>/100</td> </tr> <tr> <td>TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL'80%</td> <td>/100</td> </tr> </table>							TOTALE RAGGIUNTO	/100	TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL'80%	/100
TOTALE RAGGIUNTO	/100									
TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL'80%	/100									
Note										

Firma per assegnazione obiettivi	Firma esito valutazione
Roma, lì <u>18/6/2018</u> Il DIRETTORE/RESPONSABILE _____ _____ _____ _____ _____ _____	Roma, lì _____ Il DIRETTORE/RESPONSABILE _____ _____ _____ _____ _____ _____
Legenda: (*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%. (**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo. (***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto. (****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene rapportato	



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali
------------	--

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-----------------------------	--------------------------

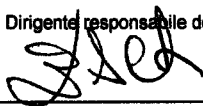
Dipendente:	Sig.ra Tania Branchi
-------------	----------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	PIANIFICAZIONE LAVORATIVA Certificazione e Validazione delle posizioni assicurative con inserimento Ultimo Miglio e anticipo DMA per pratiche di quiescenza.	5	1	2	3	4	5	Report excel
2	QUALITÀ DEL SERVIZIO Rendere la tempistica nella evasione delle nuove pratiche in PASSWEB("data consegna protocollo/validata online"< "scadenza") a norma di legge.	5	1	2	3	4	5	Report excel
3	TRASMISSIONE AL SETTORE GIURIDICO PERSONALE Trasmissione al "settore giuridico personale dipendente", ad ogni evento di quiescenza, della pratica in stato di perfezionamento.	5	1	2	3	4	5	Report comunicazioni trasmesse ad altri settori
5	RISPETTO DEGLI OBIETTIVI CONTENUTISTICI Rispetto degli obiettivi contenutistici stabiliti dal processo di qualità normativa per i TFR (SEZ. g-f)	5	1	2	3	4	5	Monitoraggio procedure qualità
Totale Peso		20						

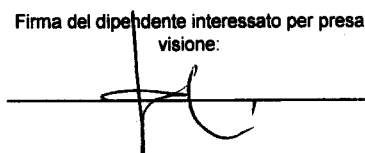
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18/06/2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali
-------------------	--

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Sig.ra Tiziana Alessi
--------------------	-----------------------

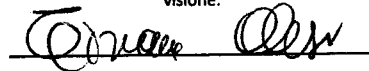
Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto Individuale					Modalità di rilievo
1	IMPEGNO LAVORATIVO:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81%-100%	Report excel
	Certificazione modelli reattivi alla liquidazione del TFR a seguito di cessazione: scadenza contratto dimissioni volontarie (entro 360 gg in caso di cessazione dal servizio per scadenza contratto; entro 720 gg in caso di cessazione dal servizio per dimissioni volontarie).	5	1	2	3	4	5	
2	QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI SVOLTE:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81%-100%	Report excel
	Evasione pratiche modello 350/P	5	1	2	3	4	5	
3	ADATTAMENTO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81%-100%	Report comunicazioni ricevute e invio pratica lavorata
	Inserimento procedura INAIL Registro dei lavoratori esposti agli agenti biologici - art. 280 del D.Lgs. 81/08	5	1	2	3	4	5	
4	CAPACITÀ PROFESSIONALI:		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81%-100%	Report comunicazioni trasmesse referente
	Aggiornamento Professionale (trasmissione via mail al Referente della normativa/giurisprudenza, novità tratte da new letters) dell'ufficio.	5	1	2	3	4	5	
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18.06.2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

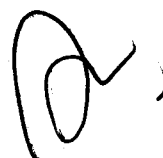
Firma del Dirigente

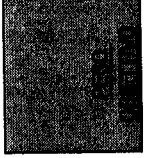
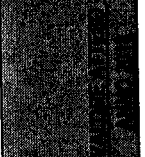
Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato

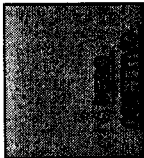
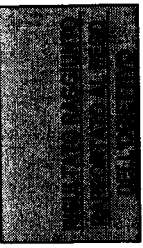


SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO			
STRUTTURA OPERATIVA	UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE		
DIRETTORE STRUTTURA	Dr.ssa Eleonora Alimenti		
ANNO DI RIFERIMENTO	01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018		
TRATTAMENTO ECONOMICO			
DESCRIZIONE OBIETTIVO	   Aggiornamento sistema qualità Ufficio Sviluppo Risorse Umane: Aggiornamento Cruscotto indicatori - Aggiornamento monitoraggi correlati - Aggiornamento diagrammi di flusso - Eventuale richiesta implementazione POS. Invio dei dati richiesti entro la tempistica indicata.		
INDICATORE	25% si MODALITA' DI RILIEVO: Relazione al Dirigente		
	legenda: il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATOX100/ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100		



Note											
DESCRIZIONE OBIETTIVO 2) Rispetto della tempistica per l'invio del CE		INDICATORE Disponibilità entro il giorno 5 del mese dei dati relativi al CE		MODALITA' DI RILIEVO: Trasmissione report				legenda: il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATOX100/ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100			

DESCRIZIONE OBIETTIVO							
3) Monitoraggio annuale costo del personale Dipendente con la specifica delle nuove acquisizioni e delle cessazioni ai fini della verifica del budget assegnato	25%	1					
INDICATORE n. report				MODALITA' DI RILIEVO: trasmissione al dirigente			
				legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto $\frac{\text{RILEVATO} \times 100}{\text{OBIETTIVO}}$ per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso $\% \text{ RISULTATO RAGGIUNTO} = \frac{\text{RAGGIUNTO}}{\text{OBIETTIVO}} \times 100$			
Note							

DESCRIZIONE OBIETTIVO 4) Rilevazione deleghe Sindacali Personale Convenzionato per rappresentatività Sindacale - SISAC				INDICATORE Compilazione e invio telematico.	MODALITA' DI RILEVO: Trasmissione alla Regione Lazio	legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto $\frac{\text{RILEVATO}}{\text{OBIETTIVO}} \times 100$ per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETTIVO			
	25%	si							



TOTALE RAGGIUNTO /100		TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL'80% /100	
Roma, lì <u>19.6.2018</u> II DIRETTORE/RESPONSABILE: Dr.ssa Eleonora Alimenti IL DIPENDENTE VALUTATO: Nello Croce Annamaria Sorrentino Serenella Verticchio Antonietta Beccari Roma, lì _____ II DIRETTORE/RESPONSABILE			
Legenda: (*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%. (**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun (***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto. (****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della valutazione finale alla percentuale dell'80%.			

Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valorizzazione

Struttura: **Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Direttore/
Responsabile: **Dr.ssa Eleonora Alimenti**

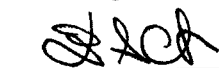
Dipendente: **Sig.ra Serenella Verticchio**

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1			no					pubblicazione annuale su sito internet aziendale (collecto del documento alla dirigente)
	Pubblicazione del conto annuale del personale	Peso max 5	0				5	
2			0	2	3	4	5	report di controllo mensile a campione di n.5 pratiche
	Verifica preventiva e consuntiva Assegni Familiari e Detrazioni fiscali Azienda e Fondazione	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	
3			0	2	3	4	5	trasmissione mensile al dirigente
	Monitoraggio n. cedolini elaborati mensili Azienda e Fondazione	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	
4			0		1		2	email
	trasmissione semestrale denuncia ONAOSI	Peso max 5	0		2,5		5	
Totale Peso		20						

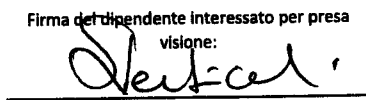
Data 19/6/18

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

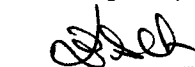
Dipendente:	Nello Croce
--------------------	-------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Rispetto degli obiettivi legati alla tempistica dell' F 24 relativamente alla procedura per la gestione del credito	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	Monitoraggio
2	Monitoraggio mensile dell'andamento della spesa relativa ai fondi contrattuali ed evidenze al fine della rideterminazione degli stessi ai sensi ex art. 9 c. 2bis di 78/2010	Peso max 8	0	2	4	6	8	report mensile andamento della spesa relativa ai fondi contrattuali ed evidenze al fine della rideterminazione degli stessi
3	Rispetto della tempistica per l'invio della tabella B (Regione Lazio piano di rientro) Disponibilità entro il giorno 15 del mese dei dati relativi al CE	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	email trimestrale
Totale Peso		20						

Data 18-6-18

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valutazione

Struttura:	Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali
------------	--

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-----------------------------	--------------------------

Dipendente:	Antonietta Beccari
-------------	--------------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0	20%	40%	60%	100%	
1								report di registrazione delle mail inviate
	Trasmissione mensile distinta degli iscritti ai sindacati SUMAI	Peso max 6	0	2	3	4	6	
2				0	1	2	3	mail di trasmissione
	Trasmissione trimestrale delle trattenute previdenziali agli Enti preposti entro il 10 del mese successivo al trimestre di riferimento	Peso max 8		0	4	6	8	
3			0	20%	40%	60%	100%	report di registrazione delle mail inviate
	Trasmissione mensile distinta degli iscritti ai sindacati dei dipendenti Fondazione e Azienda	Peso max 6	0	2	3	4	6	
	Totale Peso	20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 19/06/2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda individuale di Valutazione

Struttura: Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali

Direttore/ Responsabile: Dr.ssa Eleonora Alimenti

Dipendente: Dr.ssa Annamaria SORRENTINO

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0	1	2	3	4	
1	Pubblicazione trimestrale del costo del personale dipendente a T.D. (Fondazione/Azienda) e Convenzionato (complessivo)	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	report pubblicato trimestralmente
2	Trasmissione bimestrale del riepilogo strutturazioni/destrutturazioni del personale universitario anno in corso al dirigente	Peso max 5	0	2,5	5			report bimestrale
3	Trasmissione mensile del riepilogo dei cessati del personale universitario	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	report mensile
4	Verifica preventiva e consuntiva nuovi assunti, dimissioni e licenziamenti del personale Dipendente Fondazione e Azienda	Peso max 5	0	1,25	2,5	3,75	5	report di controllo mensile a campione di n. 5 (qualora ci siano assunzioni/dimissioni)
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18.6.2018

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



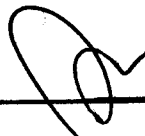
Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

_____/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO

STRUTTURA OPERATIVA	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
DIRETTORE STRUTTURA	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
ANNO DI RIFERIMENTO	01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018

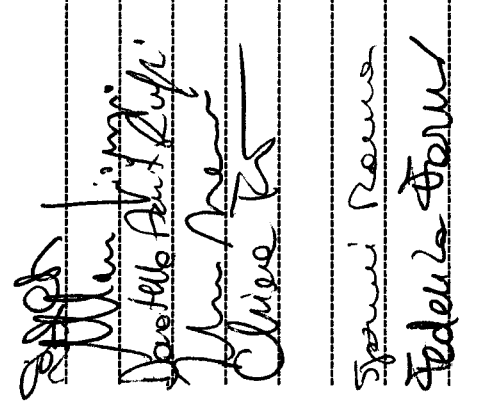
UFFICIO GIURIDICO

DESCRIZIONE OBIETTIVO						
1) Trasmissione mensile al T.E., Ufficio presenze, presidio società esterna e ufficio acquisizione delle variazioni dello stato giuridico del personale dipendente, Convenzionato e Universitario	25%	si				
INDICATORE SI/NO	MODALITA' DI RILIEVO: nota legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATOX100/ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100					

Note

<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u> 2) Inserimento nel sito per la PA entro il 31/03 di ogni anno dei dati relativi ai dipendenti che fruiscono dei benefici della legge 104/92 <u>INDICATORE</u> SI/No	25% si <u>MODALITA' DI RILIEVO:</u> stampa degli inserimenti legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATOX100/ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100
Note	
<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u> 3) Aggiornamento sistema qualità Ufficio Sviluppo Risorse Umane: Aggiornamento Cruscotto indicatori - Aggiornamento monitoraggi correlati - Aggiornamento diagrammi di flusso - Eventuale richiesta implementazione POS. Invio dei dati richiesti entro la tempistica indicata. <u>INDICATORE</u> Relazione attività svolta	25% si <u>MODALITA' DI RILIEVO:</u> Relazione al Dirigente legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATOX100/ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100
Note	

<u>DESCRIZIONE OBIETTIVO</u> 4 Gestione della sezione trasparenza di competenza del settore con costante monitoraggio e implementazione delle pubblicazioni da effettuare	25% si	<u>INDICATORE</u> corretta pubblicazione come indicato dal prospetto degli adempimenti obbligatori del DRUM	<u>MODALITA' DI RILIEVO:</u> report UOS QUALITA' legenda: il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATOX100/ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGXPESO OBIETT/100
--	--	--	---

		TOTALE RAGGIUNTO /100	
		TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL'80% /100	
Note			
Roma, lì _____ Il DIRETTORE/RESPONSABILE _____ Marco Dionisio _____ Donatella Armenti Ruggeri _____ Fabrizio Marinucci _____ Chiara Friso _____ Candidi Elisabetta _____ Monica Spaziani _____ Farris Federica _____		Roma, lì _____ Il DIRETTORE/RESPONSABILE _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Legenda:			
(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.			
(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.			
(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.			
(****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della			



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valutazione

Struttura: **Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Direttore/
Responsabile: **Dott.ssa Eleonora Alimenti**

Dipendente: **Dr. Marco Dionisio**

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità
1					0	1	2	trasmissione trimestrale al Dirigente DRUM
	Monitoraggio e aggiornamento degli adempimenti di competenza dei diversi settori del Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali, con l'indicazione dei relativi responsabili	Peso max 6			0	4	6	
2					0	1	2	compilazione tabelle entro il 15 del mese successivo alla data di rilevazione - e-mail al Dirigente DRUM
	Trasmissione alla Regione Lazio del monitoraggio orario del personale convenzionato suddiviso per branca	Peso max 6			0	4	6	
3			si				no	documenti
	Supporto nella stesura dei regolamenti in attuazione di quanto disposto dall'atto aziendale	Peso max 8	8				0	
Totale Peso		20						

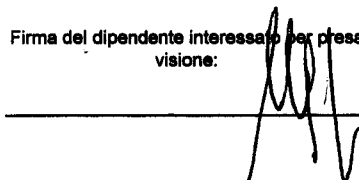
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

Da

Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valorizzazione
--

Struttura:	UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
-------------------	-------------------------------------

Direttore/ Responsabile:	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
-------------------------------------	--------------------------

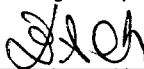
Dipendente:	FEDERICA FARRIS
--------------------	-----------------

Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1	IMPEGNO LAVORATIVO		NO				SI	Report
	Riscontro note autocertificazioni	Peso max 6	0				6	
3	CAPACITA' PROFESSIONALI		0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	Report delle trasmissioni
	Trasmissione via e-mail all'Ufficio Acquisizione del personale dipendente in regime di Part-time suddiviso per qualifica	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	
5	CAPACITA' PROFESSIONALI		NO				SI	Report
	Gestione monitoraggio beneficiari legge 104	Peso max 7	0				7	
	Totale Peso	20						

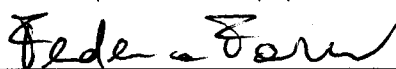
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun items le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

____/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____

Handwritten signature

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valutazione

Struttura:	Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali	
-------------------	--	--

Direttore/ Responsabile:	Dr.ssa Eleonora Alimenti
-------------------------------------	--------------------------

Dipendente:	Monica Spaziani
--------------------	-----------------

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	trasmissione fascicoli personali dei dipendenti cessati per mobilità nell'anno 2017 alle aziende di destinazione.	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	Report delle trasmissioni
2	Incarichi extra-istituzionali: monitoraggio attività extra-istituzionali note di risposta alle richieste pervenute	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	Report delle trasmissioni
3	Pubblicità degli incarichi autorizzati ai dipendenti del PTV presso enti terzi (durata e compenso)- pubblicazione tempestiva almeno mensile del monitoraggio	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	sito internet aziendale
Totale Peso		20						

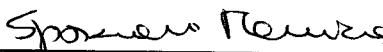
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....

Data

Firma del valutato



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comporto
Schede Individuali di Valorizzazione

Struttura **Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Direttore/
Responsabile **Dr.ssa Eleonora Alimenti**

Dipendente **Elisabetta Candidi**

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Comunicazione delle acquisizioni, cessazioni, cambi struttura, cambi monte ore del personale SUMAI	Peso max 8	0	2	4	6	8	trasmissione mail alla PO
2	Pubblicazione e aggiornamento sul sito internet aziendale del curriculum vitae del personale Dirigente, Convenzionato e titolare di Posizione Organizzativa. Monitoraggio nuove pubblicazioni e sollecito almeno semestrale.	Peso max 8	0	20%	40%	60%	80%	report+sito aziendale
3	Verifica e eventuale sollecito per la pubblicazione del curriculum Vitae del personale Universitario - Monitoraggio sollecito almeno semestrale per la pubblicazione del curriculum.	Peso max 6	0	20%	40%	60%	80%	report+sito aziendale

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa

Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018**Apporto totale anno 2018**

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comportamento
Scheda Individuale di Valutazione

Struttura: **Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Direttore/
 Responsabile: **Dott.ssa Eleonora Alimenti**

Dipendente:

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Obblighi di trasmissione/pubblicità/comunicazione della documentazione relativa alla contrattazione integrativa (entro 5 gg al Collegio Sindacale, all'ARAN, CNEL e sito Internet aziendale)	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	Stampa (salvo casi di assenza)
2	Rilevazione rappresentatività locale delle sigle sindacali e determinazione del monte ore annuale dei permessi sindacali per OO.SS. e RSU di Azienda e di Fondazione	Peso max 7	no				si	DDG Azienda e DDG Fondazione
3	Rilevazione del numero dei dipendenti che hanno aderito a scioperi e delle somme trattenute e relativa comunicazione al Dipartimento Funzione Pubblica	Peso max 7	0	40%	60%	80%	100%	Totale scioperanti e report riepilogativo dati trasmessi
	Totale Peso	20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa

Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

[Handwritten signature]

Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma del valutato

Pa

Policlinico "Tor Vergata" Sistema Premiante del Comparto Scheda Individuale di Valutazione

Struttura	Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali
------------------	---

Direttore/ Responsabile	Dr.ssa Eleonora Alimenti
------------------------------------	---------------------------------

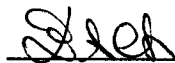
Dipendente	Fabrizio Marinucci
-------------------	---------------------------

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%	
1	Procedimenti disciplinari comunicazione via e-mail dei dati relativi alle contestazioni e all'esito dei disciplinari per ciascun dipendente (all'ispettorato del lavoro) entro 20 gg dalla contestazione e 20 gg dalla conclusione di ogni procedimento disciplinare (personale dipendente e SUMAI)	Peso max 6	0	1,5	3	4,5	6	Monitoraggio (tranne nei casi di incompleta e/o tardiva e/o mancata comunicazione della contestazione e/o della conclusione del procedimento da parte del dirigente responsabile, ovvero di assenza a vario titolo nei giorni utili alla comunicazione)
2	Trasmissione via e-mail all'Ufficio Rilevazione Presenza della scheda riepilogativa dei procedimenti disciplinari inerenti le assenze avviate e/o conclusi con sanzioni relativi al mese precedente dell'anno in corso e dell'anno precedente ai fini della pubblicazione mensile obbligatoria di tali dati sul sito PERLAPA	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	Report delle trasmissioni
3	Comunicazione mensile alla Regione Lazio delle cessazioni da personale Dipendente, convenzionato e Universitario	Peso max 7	0	1,75	3,5	5,25	7	Report delle trasmissioni
Totale Peso		20						

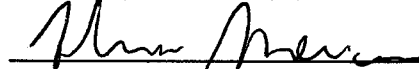
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivi vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valorizzazione

Struttura **Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Direttore/
Responsabile **Dr.ssa Eleonora Alimenti**

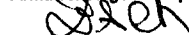
Dipendente **DONATELLA ARMENTI RUGGERI**

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1				0 - 20%	21% - 40%	41% - 65%	66% - 100%	report/procedura
	Aggiornamento nella procedura Informatica dell'inquadramento personale universitario sulla base del nuovo Atto Aziendale	Peso max 7		0	1,75	3,5	7	
2				0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	Report attività svolta
	Pubblicazione elenco personale Universitario Indicando il soggetto, gli estremi della DDG, la durata entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i 3 anni successivi.	Peso max 7		0	1,75	3,5	5,25	
3				0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	sito aziendale
	Pubblicazione elenco personale Dipendente e SUMAI Indicando il soggetto, gli estremi della DDG, la durata entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i 3 anni successivi.	Peso max 6		1	1,5	3	4,5	
	Totale Peso	20						

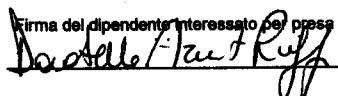
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail)



nota etc.)

Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO

STRUTTURA OPERATIVA	DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE E GESTIONE RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI
DIRETTORE STRUTTURA	DR.SSA ELEONORA ALIMENTI
ANNO DI RIFERIMENTO	01 GENNAIO 2017 - 31 DICEMBRE 2017

DESCRIZIONE OBIETTIVO		RISULTATO RAGGIUNTO			
n. 1	Gestione pratiche infortuni: Monitoraggio dello scarto tra giorni indennizzabili e giorni effettivamente indennizzati da INAIL	100%	si		
INDICATORE					
Report di monitoraggio					
		MODALITA' DI RILIEVO: report			
Note					

FIRMA PER ASSEGNAZIONE OBIETTIVI (in tempo, numero)		FIRMA PER PRESA VISIONE (a fine periodo)	
Roma, lì _____	FIRMA _____	Roma, lì _____	FIRMA _____
IL DIRETTORE/RESPONSABILE: Dr.ssa Eleonora Alimenti	_____	IL DIRETTORE/RESPONSABILE _____	_____
IL DIPENDENTE VALUTATO: Dr.ssa Loredana Lupi		IL DIPENDENTE VALUTATO: _____	_____
agenda:			
) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.			
*) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.			
**) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.			
***) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della valutazione finale alla percentuale dell'80%.			



Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valutazione

Struttura: **Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali**

Dirigente/Responsabile: **Dr.ssa Eleonora Alimenti**

Dipendente: _____

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
			<50%	51% - 60%	60% - 70%	70% - 80%	>80%	
1	Conformità Flusso DA_DRUM FLU_33 Visite Fiscali Monitorare le richieste di visite fiscali inviate a ditte non competenti per territorio. Valore traguardo >80% invii corretti	Peso max 10	0	2,5	5	7,5	10	Verifica su Report file excel "Monitoraggio Visite fiscali SA-DRUM FLU_33" Mancata visita per erronea competenza o incompletezza della richiesta
2	Interscambiabilità con settore Giuridico: Controllo sulle incompatibilità	Peso max 10	0				10	report delle note trasmesse alle aziende richiedenti la verifica delle incompatibilità
	Totale Peso	20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile
dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa
visione:

Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

Esito apporto Individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO

STRUTTURA OPERATIVA

DIRETTORE STRUTTURA

ANNO DI RIFERIMENTO

01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018

MARCO LUCCI

DESCRIZIONE OBIETTIVO

- 1) Supporto al Direttore della UOC per la gestione delle attività amministrative e di segreteria

INDICATORE

si/no

MODALITA' DI RILIEVO:

Attestazione del Dirigente

legenda:

Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto

per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto
RILEVATO X 100 / ATTESO

per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso
% RISULTATO RAGGX PESO OBIETT / 100

100%

si

100%

si

100%

si

100%

si

100%

si

100%

si

[Handwritten signature]

106

		TOTALE RAGGIUNTO _____		_____ /100
		TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL "80%"		_____ /100



Note

Roma, lì <u>27/06/18</u> II DIRETTORE/RESPONSABILE	Roma, lì _____ II DIRETTORE/RESPONSABILE

Legenda:

(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.

(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di

(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.

(****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene

[Handwritten signature]

Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valorizzazione

Struttura:

UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE

Direttore/

Responsabile: Dr.ssa Eleonora Alimenti

Dipendente:

Marco Lucci

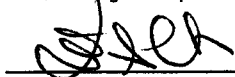
Codice	Descrizione obiettivo	Peso max	Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
1			no				si	Attestazione del Dirigente
	Archiviazione deleghe Sindacali	Peso max 10	0				10	
2			no				si	Attestazione del Dirigente
	Ritiro giornaliero della posta protocollata	Peso max 10	0				10	
Totale Peso		20						

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data

27/06/18

Firma del Dirigente responsabile dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa visione:


Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato

A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page. It consists of a large, stylized initial 'P' followed by a smaller, more fluid signature.

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO				
STRUTTURA OPERATIVA		UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE		
DIRETTORE STRUTTURA		DR.SSA ELEONORA ALIMENTI		
ANNO DI RIFERIMENTO		01 GENNAIO 2018 - 31 DICEMBRE 2018		
CRISTIANA MIANI				
DESCRIZIONE OBIETTIVO				
1) Gestione attività inerente la Posta Certificata		50% 100%		
INDICATORE		MODALITA' DI RILIEVO: Attestazione del Dirigente		
scarico documenti e trasmissione al Dirigente		legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGPESO OBIETT/100		
		CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI		
		CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI CRISTIANA MIANI		

DESCRIZIONE OBIETTIVO 2) Supporto alle attività relative alle assenze per malattie e alle attività relative alle richieste di infortunio	INDICATORE report pratiche gestite	MODALITA' DI RILIEVO: report	legenda: Il rilevato corrisponde al dato effettivamente raggiunto per il calcolo della percentuale del risultato raggiunto RILEVATO X 100 / ATTESO per il calcolo del risultato raggiunto rapportato al peso % RISULTATO RAGGIUNTO X PESO OBIETTIVO / 100	VERIFICA FINALE RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI (%) TOTALE RAGGIUNTO _____ / 100 TOTALE RAGGIUNTO RAPPORTATO ALL' "80%" _____ / 100	Note
---	---	---	---	--	--------------------

[Handwritten signature]

Roma, lì <u>18/06/2018</u>	Roma, lì _____	FIRMA
IL DIRETTORE/RESPONSABILE: Dr.ssa Eleonora Alimenti	IL DIRETTORE/RESPONSABILE	
IL DIPENDENTE VALUTATO:	IL DIPENDENTE VALUTATO:	
Sig. ra Cristiana Miani		
FIRMA 		
FIRMA 		
Legenda:		
(*) Ogni obiettivo individuato nella scheda ha un determinato peso percentuale. La somma dei pesi di tutti gli obiettivi deve risultare uguale a 100%.		
(**) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.		
(***) Il grado di conseguimento degli obiettivi è accertato sulla base del valore rilevato, considerando come non raggiunti i risultati inferiori al Valore Minimo Accettabile ove previsto.		
(***) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della valutazione finale alla percentuale dell'80%.		

Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valutazione

Struttura Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse
 Umane e Relazioni Sindacali

**Direttore/
 Responsabile** Dr.ssa Eleonora Alimenti

Dipendente

Codice	Descrizione		Livelli di apporto individuale					Modalità
			0	20%- 40%	40%-60%	60%- 99%	100%	
1	Aquisizione dall'albo pretorio delle deliberazioni del Dipartimento, archiviazione in apposite cartelle elettroniche suddivise per settore e report di monitoraggio contenente :ESTENSORE, OGGETTO, DATA, N° DELIBERA SUDDIVISO PER SETTORE	Peso max 8	0	3	4	6	8	salvataggio USB
2	Intercambiabilità con l'Ufficio Sviluppo Risorse Umane	Peso max 6	0	1,75	3	5,25	6	report di monitoraggio
	Totale Peso	20						

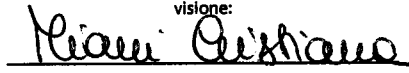
Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data 18/06/2018

Firma del Dirigente responsabile
 dell'equipe:



Firma del dipendente interessato per presa
 visione:



Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun item le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)



Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

_____/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

Data _____

Firma del Dirigente _____

Eventuali controdeduzioni del valutato:

Data _____

Firma del valutato _____



**Schede di Verifica per il raggiungimento annuale degli Obiettivi
personale di comparto afferente struttura sanitaria
UOC DIREZIONE INFERMIERISTICA**

Settore:

- TERAPIA INTENSIVA

Direttore della Struttura Operativa: Dr. Alessandro Sili

Periodo di riferimento

oggetto di valutazione: 01/01/2018– 31/12/2018



SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI E VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PERSONALE DEL COMPARTO

STRUTTURA OPERATIVA: Direzione Infermieristica	Dipartimento	DI EMERGENZA, AREA CRITICA
DIRETTORE STRUTTURA: Dott. Alessandro Sili	U.O./Servizio:	TERAPIA INTENSIVA
ANNO DI RIFERIMENTO: Anno 2018	PERSONALE INFERMIERISTICO	

EQUIPE VALUTATA:		VALUTAZIONE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)			
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 1 Garantire la presa in carico del paziente, in relazione alla gestione degli accessi vascolari profondi (infezioni del sito di inserzione)	INDICATORE Numero delle schede CVC correttamente compilate, rispetto al numero totale dei pazienti portatori di CVC	MODALITA' DI RILEVO: audit mensili condotti dalla D.I. sul 10% dei ricoveri	VALUTAZIONE 40%	VALUTAZIONE < 95 %	VALUTAZIONE 95%
Note					
DESCRIZIONE OBIETTIVO n. 2 Garantire la corretta applicazione della procedura per lo scarico dei farmaci e liquidi (armadietto di reparto)	INDICATORE Numero dei Report OLIAM conformi/numero audit condotti	MODALITA' DI RILEVO: report OLIAM conformi < 90%	VALUTAZIONE 30%	VALUTAZIONE 90%	VALUTAZIONE 90%
Note					

Garantire la sicurezza del paziente al momento della sua
n. 3 accettazione, attraverso la compilazione dei modelli di salute e della
scala di Braden

Numero di cartelle a campione Nelle quali non sono compilate le schede in questione/numero totale dei ricoveri mensili

Audit mensili condotti dalla D.I. sul 10% dei ricoveri

**valore soglia < 10% su
ogni audit condotto**

FIRMA

II DIRETTORE/RESPONSABILE

IL DIPENDENTE VALUTATO:

VEDI ALLEGATO

VEDI ALLEGATO

(***) A ciascun obiettivo sono associati indicatori quantitativi misurabili ed i relativi pesi. Il rapporto tra il valore dell'indicatore proposto e il valore dell'indicatore conseguito esprime, in fase di valutazione, il livello di raggiungimento di ciascun obiettivo.

(****) Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente nella misura rispettivamente dell'80% e del 20%. Pertanto l'esito della valutazione della presente scheda viene riportato ai fini della valutazione finale alla percentuale dell'80%.

TOTALE RAGGIUNTO

100

Note

Policlinico "Tor Vergata"
Sistema Premiante del Comparto
Scheda Individuale di Valorizzazione Area Funzionale Professioni Sanitarie e Sociali (1)

Struttura:

Direttore/
Responsabile:

Dipendente:		Livelli di apporto individuale					Modalità di rilievo
Codice	Descrizione						
1	Disponibilità alla copertura dei turni vacanti (n° richieste di copertura/n° coperture turni evasi)	0	1,5	3	4,5	6	report coordinatore
2	Partecipazione alle riunioni indette dal coordinatore (n° partecipazioni/ n° riunioni indette)	0	2	3	4	5	firme verbali di riunione
3	Assenza di contestazioni e di richiami scritti da parte dei superiori (la loro fondatezza deve essere accettata dalla D.I.) ove non scaturiscano un provvedimento disciplinare	4	3	2	1	0	contestazioni scritte
4	Aderenza a protocolli/procedure/istruzioni adottate all'interno dell'Unità Operativa (SPECIFICARE) _____	1	2	3	4	5	report dei protocolli/procedure/istruzioni individuati dal coordinatore
Totale Peso		20					

Firma per assegnazione obiettivi anno 2018

Data _____

Firma del Dirigente responsabile
dell'equipe:

Firma del dipendente interessato per presa
visione:

Legenda:

Nel campo descrizione obiettivo vanno indicati sotto ciascun items le attività che saranno oggetto di valutazione

Nel campo peso va indicato l'effettivo valore di ogni singolo obiettivo, il totale dei pesi deve corrispondere a 20

Nel campo livello apporto individuale deve essere indicata la quantità numerica, percentuale etc. da raggiungere

Nel campo modalità di rilievo deve essere indicata la procedura attraverso la quale si dimostra l'effettivo raggiungimento del singolo obiettivo (es. report, mail nota etc.)

1

Esito apporto individuale anno 2018

Apporto totale anno 2018

/20

Eventuali motivazioni del Dirigente responsabile dell'Equipe:

.....
.....

Data

Firma del Dirigente

Eventuali controdeduzioni del valutato:

.....
.....

Data

Firma del valutato



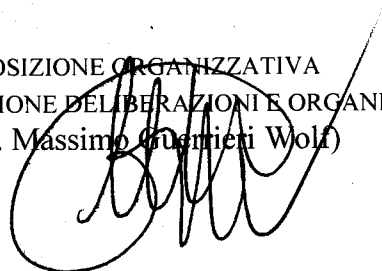
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
UOC AFFARI GENERALI

Posizione organizzativa
“Protocollo, gestione deliberazioni e organi collegiali”

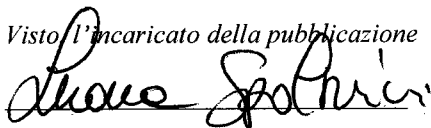
RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si dichiara che in data 10-08-2018 la deliberazione n. 808 del **08/08/2018** in formato *pdf* conforme all'originale agli atti d'ufficio, è pubblicata all'Albo Pretorio *on line* sul sito *web* istituzionale del PTV www.ptvonline.it ai sensi dell'art. 31 L.R. Lazio 45/1996, come previsto dall'art. 32 L. 69/2009 e dall'art. 12 L.R. Lazio 1/2011, per rimanervi affissa 15 giorni consecutivi. E' resa inoltre disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori dei conti.

POSIZIONE ORGANIZZATIVA
“PROTOCOLLO, GESTIONE DELIBERAZIONI E ORGANI COLLEGIALI”
(Dr. Massimo Guerrieri Wolf)



Visto l'incaricato della pubblicazione



DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE

La presente deliberazione si compone di n. ____ pagine e di n. ____ allegati ed è conforme all'originale conservato agli atti dell'Ufficio.

Roma, _____

POSIZIONE ORGANIZZATIVA
“PROTOCOLLO, GESTIONE DELIBERAZIONI E ORGANI COLLEGIALI”
(Dr. Massimo Guerrieri Wolf)