



ASU FC

Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale

**DECRETO
DEL DIRETTORE GENERALE**

dott. Denis Caporale

*nominato con deliberazione della Giunta Regionale
n. 591 del 21 aprile 2021*

N. 1263

DEL 26/11/2021

AVENTE AD OGGETTO:

Performance organizzativa: approvazione "Piano obiettivi operativi anno 2021"

Con la partecipazione per l'espressione dei pareri di competenza:

del Direttore Amministrativo avv. Francesco Magris

del Direttore Sanitario dott.ssa Laura Regattin

del Direttore dei Servizi Sociosanitari Facente Funzioni dott. David Turello

OGGETTO: Performance organizzativa: approvazione "Piano obiettivi operativi anno 2021"

VISTA la L.R. n. 27 del 17 dicembre 2018, "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale" che ha istituito, dal 1 gennaio 2020, l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) costituita dalla fusione di due aziende, ex AAS3 e ex ASUIUD, e della parte della Bassa Friulana dell'ex AAS2, quale Ente del Servizio Sanitario Regionale dotato di personalità giuridica pubblica;

RICHIAMATO il d.lgs. n.150 del 27/10/2009 che stabilisce che "Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, in cui si articola e ai singoli dipendenti";

VISTA la L.R. n. 22 del 12 dicembre 2019, di "Riorganizzazione dei livelli di assistenza e norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla LR 26/2015 e alla LR 6/2006" che prevede l'adozione, da parte della Giunta regionale delle Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale con le quali vengono individuati gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione del loro raggiungimento, nell'ambito delle risorse disponibili per il finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale sulla base del bilancio regionale di previsione triennale, nonché i criteri di finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale e definisce l'iter di approvazione e consolidamento dei Piani attuativi annuali;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti che hanno definito la programmazione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2021:

- DGR n.105 del 29 gennaio 2021, "LR 22/2019 - anno 2021 - differimento adozione delle linee per la gestione e autorizzazione all'assegnazione e erogazione in via provvisoria del finanziamento degli Enti del SSR"

- DGR n.144 del 5 febbraio 2021, "LR 22/2019, art. 50 – Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale – anno 2021 – approvazione preliminare";
- DGR n.189 del 12 febbraio 2021, "LR 22/2019 – Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale – anno 2021. Approvazione definitiva";
- DGR n.371 del 12 marzo 2021, "LR 22/2019, art. 50 e art. 54 – Definizione percorso di approvazione atto aziendale a modifica Linee annuali per la gestione del SSR anno 2021";
- DGR n.1042 del 2 luglio 2021, "DGR n.189/2021– Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale – anno 2021. Integrazioni";

DATO ATTO che con proprio Decreto n. 408 del 16/4/2021 è stato approvato, in via preliminare, il "Piano Attuativo – PA 2021 – Programma e Bilancio di previsione" con cui è stato delineato il quadro delle risorse e degli obiettivi dell'Azienda;

RICHIAMATO il proprio Decreto n. 905 del 20 agosto 2021 "Piano Attuativo - PA 2021 - Programma e Bilancio di Previsione – Approvazione definitiva" che rappresenta lo strumento di formalizzazione ed avvio del ciclo di gestione della performance;

PRESO ATTO che, a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione nella seduta del 2 dicembre 2020 ha ritenuto opportuno differire il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021-2023 al 31/03/2021;

RICHIAMATO il decreto del Direttore Generale n. 328 del 31.03.2021 con il quale è stato approvato e adottato il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2021 - 2023;

VISTA la LR 26/2015 "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti" che all'articolo 42 dispone le modalità operative della gestione per budget;

RILEVATO che il percorso di programmazione per budget 2021 è stato presentato, in una serie di incontri realizzati a partire dal mese di luglio di quest'anno, dalla Direzione sanitaria, congiuntamente alla Struttura Programmazione e controllo di gestione, alle strutture operative aziendali di area sanitaria;

RILEVATO inoltre che nel mese di agosto la Direzione amministrativa, congiuntamente alla Struttura Programmazione e controllo di gestione, ha presentato il percorso di programmazione per budget 2021 ai Direttori alle strutture aziendali di area amministrativa;

RITENUTO di strutturare il percorso di programmazione operativa, nelle more della adozione dell'Atto aziendale, con il coinvolgimento dei Centri di responsabilità di cui al documento "Elenco Centri di Responsabilità - programmazione operativa anno 2021" (allegato 1);

DATO ATTO che la gestione aziendale 2021 è condizionata dall'andamento dell'emergenza epidemiologica e caratterizzata da alcune situazioni straordinarie tra cui l'intervenuto cambiamento della Direzione Aziendale nel maggio u.s., l'avvio delle attività di definizione del nuovo Atto Aziendale e l'importante sforzo organizzativo, sia della componente sanitaria che di quella amministrativa aziendale, non solo per il potenziamento dell'attività vaccinale ma anche per il ripristino dei livelli di funzionamento;

RITENUTO in considerazione di quanto sopra, di attuare per l'anno in corso un percorso di programmazione operativa semplificato con schede obiettivo che riportano, per i singoli Centri di responsabilità, esclusivamente obiettivi e risultati attesi derivanti dal Piano Attuativo e dai documenti regionali di

programmazione, dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, da altri atti di pianificazione aziendale (programmazione degli investimenti, piano dell'offerta formativa, ...), dalla necessità di qualificare alcune basi dati aziendali nonché da obiettivi specifici per struttura;

RILEVATO che gli obiettivi definiti sono in continuità con la programmazione 2020 e preventivamente concordati con i responsabili dei Centri di Responsabilità, secondo l'iter di seguito descritto;

DATO ATTO che, nelle more della definizione del sistema di misurazione e valutazione della performance di ASUFC, le schede includono, di norma, i soli obiettivi cui viene attribuito un peso ai fini del collegamento al sistema premiante, in coerenza con i sistemi di misurazione e valutazione della performance vigenti nelle cessate aziende;

CONSIDERATO che l'iter di definizione ha visto la trasmissione ai Centri di Responsabilità da parte della SOC Programmazione e controllo di gestione di una proposta di scheda obiettivo con i contenuti sopra citati; la restituzione da parte degli stessi della scheda, eventualmente integrata con ulteriori obiettivi coerenti con la programmazione regionale e concordati con la Struttura Operativa Aziendale di afferenza; la successiva verifica della misurabilità degli indicatori e della coerenza rispetto ai contenuti della programmazione regionale da parte della SOC Programmazione e controllo di gestione. Le schede obiettivo sono state formalmente definite con la firma del responsabile della articolazione organizzativa e del responsabile della Struttura Aziendale di afferenza e costituiscono lo strumento di collegamento ai sistemi premianti, nelle modalità previste dai Sistemi di Misurazione e Valutazione delle Performance delle tre aziende cessate;

RICHIAMATA la comunicazione all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sul percorso di avvio del ciclo della performance 2021 presentata in data 15/10/2021;

RILEVATO che tutte le schede sottoscritte dai Responsabili e agli atti della SOC Programmazione e controllo di gestione, sono incluse nell'allegato 2 "Piano degli obiettivi operativi anno 2021" che individua pertanto gli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità e che gli stessi sono conformi alla strategia aziendale descritta nei relativi documenti di programmazione;

RITENUTO OPPORTUNO precisare che spetta ai diversi Centri di responsabilità assicurare adeguati livelli di coinvolgimento e condivisione con i propri collaboratori dei contenuti/obiettivi della scheda;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura Programmazione e controllo di gestione nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa, la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali dell'Ente, l'assenza di conflitto di interessi, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del procedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore dei Servizi Sociosanitari f.f., per quanto di rispettiva competenza;

DECRETA

per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono integralmente richiamati:

1. di approvare il documento "Elenco Centri di Responsabilità – programmazione operativa anno 2021", allegato al presente provvedimento quale parte integrante (allegato 1);
2. di approvare il documento "Piano degli obiettivi operativi anno 2021" allegato al presente provvedimento quale parte integrante (allegato 2), che include le schede degli obiettivi incentivati assegnati ai Centri di Responsabilità;

3. di dare mandato al RPCT di provvedere alla pubblicazione in forma integrale del presente atto sul sito aziendale nella specifica sezione di Amministrazione Trasparente;
4. di trasmettere copia del presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione;
5. di trasmettere copia del presente provvedimento alla SOC Gestione Risorse Umane per gli adempimenti di competenza.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente

Il Direttore Amministrativo
avv. Francesco Magris

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Laura Regattin

Il Direttore dei Servizi Sociosanitari Facente Funzioni
dott. David Turello

Il Direttore Generale
dott. Denis Caporale

Allegati:

1	Allegato 1 Elenco CdR.pdf
2	Allegato 2 Piano degli obiettivi 2021.pdf

Uffici notificati:

Gestione Risorse Umane
Programmazione e controllo di gestione

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCO MAGRIS
CODICE FISCALE: MGRFNC69D27G888F
DATA FIRMA: 26/11/2021 14:38:36
IMPRONTA: 0392DC089F2A485000EF823089C8B50F3C9B5411065470E299DA4C461CFA1E6A
3C9B5411065470E299DA4C461CFA1E6A54F00D2A00D58057DE25C475C8DA85F3
54F00D2A00D58057DE25C475C8DA85F3E735C930B0AA22D253A3031349F36535
E735C930B0AA22D253A3031349F365359D40695B61EF6A5C00CEEE6BC57654C1

NOME: DAVID TURELLO
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T
DATA FIRMA: 26/11/2021 14:58:36
IMPRONTA: 3F15F9C29DE447941B890A2EDB06AD479ECD21BFD9653C0295F7CA176944A564
9ECD21BFD9653C0295F7CA176944A564DFCE272270051A5DFE260CC94D629F46
DFCE272270051A5DFE260CC94D629F46D7B51B852874A11A7A66A2D832970899
D7B51B852874A11A7A66A2D832970899D9CDFCB399CA8FBB3115670F515F4101

NOME: DENIS CAPORALE
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X
DATA FIRMA: 26/11/2021 16:38:16
IMPRONTA: 4A044864FAE8F384C59FC8CE182E96789AAB1DCFC6065BD44D6DACCFFEE488D7B
9AAB1DCFC6065BD44D6DACCFFEE488D7B5EEDD93B15788FEE9F08BEBC9FCF7AAF
5EEDD93B15788FEE9F08BEBC9FCF7AAF16065534A10BA052A314B6FC446BAA14
16065534A10BA052A314B6FC446BAA14C3721D2F744340E43BAE56AA6C06E58D

NOME: LAURA REGATTIN
CODICE FISCALE: RGTLLRA70L69L483A
DATA FIRMA: 26/11/2021 19:05:29
IMPRONTA: 0A409B6DD9AEA14AB9DBAC153AF895C5D93D328000EE9AAB81FFB3507C55C65B
D93D328000EE9AAB81FFB3507C55C65B6FCCFB1392E616FDB56ADD241EA85374
6FCCFB1392E616FDB56ADD241EA85374839F0BAC2B82A4A033389E57C7BFBBC9
839F0BAC2B82A4A033389E57C7BFBBC90C452D983BDE9D72F94032672D6F5BEB

Allegato 1

**ELENCO DEI CENTRI DI
RESPONSABILITA'
PROGRAMMAZIONE OPERATIVA
ANNO 2021**

Elenco Centri di Responsabilità per struttura operativa aziendale

Programmazione operativa anno 2021

Struttura operativa aziendale: Dipartimento delle Dipendenze

SOC Dipartimento delle dipendenze

SOC Dipendenze AAS2

Area dipartimentale delle Dipendenze AAS3

Struttura operativa aziendale: Dipartimento di Prevenzione

SDD Medicina legale

SSD Prevenzione Malattie Cardiovascolari

SSD Medicina Preventiva nelle comunità

SOC Igiene e Sanità Pubblica

SOC Igiene degli Alimenti

SOC Prevenzione e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro

SOC Veterinaria - Area A

SOC Veterinaria - Area B

SOC Veterinaria - Area C

Struttura operativa aziendale: Dipartimento di Salute mentale ivi comprese:

SOC CSM Tolmezzo (24H)

SOC CSM Gemona (24H)

SSD CSM Tarcento (12H)

SOC CSM S. Daniele (24H)

SSD CSM Codroipo (12H)

SOC CSM Udine Nord (24H)

SOC CSM Udine Sud (24H)

SOC CSM Cividale (24H)

SOC CSM Latisana e SOC CSM Palmanova (24H)

SOC Clinica Psichiatrica

SOPDC

Struttura operativa aziendale: Distretto di Tolmezzo

Struttura operativa aziendale: Distretto di Gemona

Struttura operativa aziendale: Distretto di San Daniele ivi compresa:

SOC Area Adulti, Anziani e Cure primarie

Struttura operativa aziendale: Distretto di Codroipo

Struttura operativa aziendale: Distretto di Udine
<i>ivi compresa SSD Area Materno-infantile e dell'età evolutiva/Disabilità</i>
<i>ivi compresa SOC Area Adulti, Anziani e Cure primarie</i>
SOC Neuropsichiatria Infantile

Struttura operativa aziendale: Distretto di Cividale ivi comprese:
<i>SSD Area Materno-infantile e dell'età evolutiva/Disabilità</i>
<i>Area Adulti, Anziani e Cure primarie</i>

Struttura operativa aziendale: Distretto di Tarcento ivi comprese:
<i>SSD Area Materno-infantile e dell'età evolutiva/Disabilità</i>
<i>SOC Area Adulti, Anziani e Cure primarie</i>

Struttura operativa aziendale: Distretto Latisana
Struttura operativa aziendale: Distretto Palmanova
SOC Neuropsichiatria infantile

Struttura operativa aziendale: Presidio Ospedaliero San Daniele e Tolmezzo
Dipartimento Chirurgico
SOC Chirurgia di San Daniele
SOC Chirurgia di Tolmezzo
SSD Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
SOC Otorinolaringoiatria
SOC Ortopedia San Daniele
SOC Ortopedia Tolmezzo
SOSD Urologia
Dipartimento Emergenza e Materno-Infantile
SOC Anestesia di San Daniele
SOC Ostetricia Ginecologia
SOC Pediatria
SOC Pronto Soccorso di San Daniele
Dipartimento Emergenza e Percorsi Operatori
SOC Anestesia di Tolmezzo
SOC Cardiologia
SOC Pronto Soccorso Tolmezzo
SOC Radiologia

Dipartimento Medico
SOC Medicina di San Daniele
SOC Medicina di Tolmezzo
SOC Nefrologia e Dialisi
SOC Oncologia
SOC Riabilitazione di San Daniele
SOC Riabilitazione di Tolmezzo

Struttura operativa aziendale: Presidio Ospedaliero SMM Udine
Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
SOC Anestesia e Rianimazione 1
SOC Anestesia e Rianimazione 2
SOC Clinica di Anestesia e Rianimazione
SSD Terapia antalgica e Anestesia Day Surgery
Dipartimento Cardiotoracico
SOC Cardiochirurgia
SOC Cardiologia
SOC Chirurgia Toracica
SOC Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria ivi compresa SOC Pneumologia riabilitativa IMFR
Dipartimento di Chirurgia Generale
SOC Chirurgia Generale
SOC Chirurgia Vascolare
SOC Clinica Chirurgica
SOC Clinica Ortopedica
SOC Clinica Urologica e Urologia
SOC Gastroenterologia
SOC Ortopedia e Traumatologia
SSD Chirurgia Senologica
SSD Angiologia e Diagnostica Vascolare
Dipartimento di Chirurgia Specialistica
SOC Chirurgia Maxillo-Facciale
SOC Chirurgia Plastica
SOC Clinica Oculistica
SOC Oculistica
SOC Otorinolaringoiatria

SSD Odontostomatologia e Odontoiatria Sociale
Dipartimento di Diagnostica per Immagini
SOC Diagnostica Angiografica e Radiologia interventistica
SOC Fisica Sanitaria
SOC Istituto di Radiologia Diagnostica
SOC Medicina Nucleare
SOC Neuroradiologia
SSD Radiodiagnostica d'Urgenza ed Emergenza
Dipartimento Materno Infantile
SOC Clinica Ostetrica e Ginecologica
SOC Clinica Pediatrica
SOC Patologia neonatale
Dipartimento di Medicina di Laboratorio
SOC Anatomia patologica
SOC Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare
SOC Istituto di Anatomia Patologica
SOC Istituto di Genetica Medica
SOC Istituto di Patologia Clinica
SOC Microbiologia
Dipartimento di Medicina Interna
SOC Clinica Medica
SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
SOC Istituto di Farmacologia Clinica
SOC Medicina Interna 1
SOC Medicina Interna 2
SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Dipartimento di Medicina Specialistica
SOC Clinica Dermatologica
SOC Clinica di Malattie Infettive
SOC Clinica di Reumatologia
SOC Clinica Ematologica
SOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale
SSD Epatologia e Trapianti di fegato
Dipartimento di Area Vasta di Medicina Trasfusionale
SOC Medicina Trasfusionale Udine ivi compresa SSD Malattie Emorragiche e Trombotiche

SOC Medicina Trasfusionale Palmanova Latisana
SSD Medicina Trasfusionale San Daniele Tolmezzo
Dipartimento di Neuroscienze
SOC Chirurgia Vertebro-Midollare e Unità Spinale
SOC Clinica Neurologica e Neuroriabilitazione
SOC Neurochirurgia
SOC Neurologia
Dipartimento di Oncologia
SOC Oncologia
SOC Radioterapia

Struttura operativa aziendale: Presidio Ospedaliero Latisana Palmanova
Dipartimento dei servizi diagnostici
SOC Radiologia
SSD Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
SOC Centro Unico Regionale Produzione Emocomponenti
Dipartimento materno infantile
SOC Ostetricia e ginecologia
SOC Pediatria
Dipartimento chirurgico
SOC Chirurgia generale
SOC Ortopedia e traumatologia
SOC Nefrologia e dialisi
SOC Oculistica
SOC Otorinolaringoiatria
Dipartimento emergenza
SOC Anestesia e rianimazione Latisana
SOC Anestesia e rianimazione Palmanova
SOC Cardiologia
SOC PS Medicina d'urgenza Latisana
SOC PS Medicina d'urgenza Palmanova
Dipartimento medico
SOC Medicina interna Latisana
SOC Medicina interna Palmanova

SOC Medicina Riabilitativa
SOC Oncologia

Struttura operativa aziendale: Presidio Ospedaliero IMFR Gervasutta Udine
SOC Medicina Fisica e Riabilitazione – Riabilitazione Intensiva Precoce
SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione Generale
SOC Medicina Fisica e Riabilitazione - Unità Spinale
SSD Cardiologia Riabilitativa
SSD Riabilitazione Patologie ad esordio infantile
SSD Unità Riabilitativa Turbe Neuropsicologiche Acquisite

Strutture Direzione Generale
SOC Programmazione e Controllo di Gestione
SOS Coordinamento sorveglianza sanitaria
Ufficio Relazioni con il Pubblico

Strutture Direzione Sanitaria
SOC Accreditamento e Rischio Clinico
SOS Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
SOC Direzione Medica Presidio San Daniele Tolmezzo
SOC Direzione Medica Presidio SMM e IMFR
SOC Direzione medica Presidio Latisana – Palmanova
SOC Assistenza Farmaceutica
SOC Farmacia SMM
SOS Area Farmaceutica Ospedaliera
SOC Farmacia ex AAS3
SOC Gestione prestazioni sanitarie
SOS SPAIO
SOC Centro Regionale Trapianti

Strutture Amministrative
SOC Affari Generali
SOC Avvocatura e assicurazioni
SOC Beni e Servizi
SOC Direzione Amministrativa presidio San Daniele Tolmezzo SMM e IMFR
SOC Direzione Amministrativa presidio Latisana Palmanova
SOC Gestione amministrativa integrazione sociosanitaria
SOC Gestione Risorse Finanziarie
SOS Formazione e valorizzazione del personale
SOC Gestione Risorse Umane

SOC Politiche del Territorio

Strutture Tecnico

SOC Gestione Patrimoniale immobili, investimenti e progetti speciali
--

SOC Ingegneria Clinica

SOC Sviluppo e Manutenzione Edile Impiantistica A

SOC Sviluppo e Manutenzione Edile Impiantistica B

SOC Sviluppo e Manutenzione Edile Impiantistica C

SOC Tecnologie Informatiche

Strutture Direzione dei servizi socio sanitari



Allegato 2

PIANO DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2021

Schede obiettivi 2021

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

SCHEDE OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore SOC	Dirigenza medica	Dirigenza Sanitaria	Comparto
Obiettivi da P.A.						
1		Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi: ai fini incentivanti il risultato atteso s'indende conseguito mediante partecipazione alla formazione regionale propedeutica per la redazione dei PTRI prevista per il mese di novembre (già rinviata causa COVID)			10	10
2	4.6.1 Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza:	Evidenza del numero di Budget di salute attivati	10		10	10
3	Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Esecuzione sul 70% delle persone testabili di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti		20		20
4		Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C, in coerenza con le "Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)" di cui alla Det. n. 138 del 22/2/2021 di ARCS: evidenza delle modalità operative agite.	10	20		
5		Almeno 1 progetto per favorire la cessazione del fumo	20		20	10
6	4.6.2 Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo:	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento;	20		20	
7	Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.	10	20	10	10
8	4.6.3 Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento al risultato atteso definito nel Piano Attuativo: <i>"Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione ed orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo"</i>				
9	4.6.4 Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL):	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio;	5	10	10	10
10	Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.	5	10	10	0

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Direttore SOC	Dirigenza medica	Dirigenza Sanitaria	Comparto
Ulteriori Obiettivi						
11	Messa a regime di un sistema di reportistica aziendale per le dipendenze	Collaborare con la SC P&C per la definizione delle informazioni da inserire nella reportistica e successiva pubblicazione sulla rete aziendale	10	10		10
12	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10	10	10	20
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore SOC	Dirigenza medica	Dirigenza Sanitaria	Comparto
Obiettivi da P.A.						
1	4.6.1 Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi: i fini incentivanti il risultato atteso s'indende conseguito mediante partecipazione alla formazione regionale propedeutica per la redazione dei PTRI prevista per il mese di novembre (già rinviata causa COVID)		10	10	10
2		Evidenza del numero di Budget di salute attivati		10	10	10
3		Esecuzione sul 70% delle persone testabili di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti	10	10	10	10
4		Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C, in coerenza con le "Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)" di cui alla Det. n. 138 del 22/2/2021 di ARCS: evidenza delle modalità operative agite.	20			
5		Almeno 1 progetto per favorire la cessazione del fumo	10	10	10	10
6	4.6.2 Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo:	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento;	10	10	10	10
7	Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.	15	15	15	15
8	4.6.3 Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento al risultato atteso definito nel Piano Attuativo: <i>"Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione ed orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo"</i>	5	5	5	5
9	4.6.4 Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL): Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio;	5	10	10	10
10		Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.	5	10	10	10

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore SOC	Dirigenza medica	Dirigenza Sanitaria	Comparto
Ulteriori Obiettivi						
11	Messa a regime di un sistema di reportistica aziendale per le dipendenze	Collaborare con la SC P&C per la definizione delle informazioni da inserire nella reportistica e successiva pubblicazione sulla rete aziendale	10	10	10	10
12	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10			
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore SOC	Dirigenza medica	Dirigenza Sanitaria	Comparto
Obiettivi da P.A.						
1	3.5.3 Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Collaborazione alla realizzazione degli eventi formativi				
2	3.5.4 Progettualità CASSE AMMENDE: Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021	5			
3		Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi: i fini incentivanti il risultato atteso s'indende conseguito mediante partecipazione alla formazione regionale propedeutica per la redazione dei PTRI prevista per il mese di novembre (già rinviata causa COVID)		10	10	10
4		Evidenza del numero di Budget di salute attivati		10	10	10
5	4.6.1 Presa in carico delle persone con problemi di dipendenza: Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Esecuzione sul 70% delle persone testabili di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti	10	10	10	10
6		Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C, in coerenza con le "Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)" di cui alla Det. n. 138 del 22/2/2021 di ARCS: evidenza delle modalità operative agite.	20			
7		Almeno 1 progetto per favorire la cessazione del fumo	5	10	10	10
8	4.6.2 Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento;	10	10	10	10
9		Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.	15	15	15	15
10	4.6.3 Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo: Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento al risultato atteso definito nel Piano Attuativo: <i>"Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione ed orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo"</i>	5	5	5	5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore SOC	Dirigenza medica	Dirigenza Sanitaria	Comparto
11	4.6.4 Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL): Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio;	5	10	10	10
12		Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.	5	10	10	10
Ulteriori Obiettivi						
13	Messa a regime di un sistema di reportistica aziendale per le dipendenze	Collaborare con la SC P&C per la definizione delle informazioni da inserire nella reportistica e successiva pubblicazione sulla rete aziendale	10	10	10	10
14	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10			
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100



Schede obiettivi 2021

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n. prog.		Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
				Direttore	Medici- Veterinari	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
		Obiettivi da P.A.					
1	2.7.2	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	1 - Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (805 dei 19 operatori censiti al 8/10/2019)	5	10		
2			2 - Eventuale incremento della rete delle imprese aderenti al programma in relazione all'andamento della pandemia (attualmente 15 imprese aderenti).	5			
3	2.7.3	Promozione salute luoghi di lavoro Partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali	Operatori PSAL docenti ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, CO. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (il numero dei corsi verrà definito in relazione all'andamento della pandemia). <i>Attività in collaborazione con il referente aziendale sanità penitenziaria (linea 3.5)</i>				

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore	Medici- Veterinari	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
n.	Obiettivi da P.A.					
4	2.8 Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2. <i>Evidenza dell'attività registrate nell'applicativo regionale ME.LA</i>	1 - 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione (la percentuale potrà essere modificata tenendo conto di quanto verrà definito a livello nazionale in considerazione della pandemia in corso): il 5% per ASUFC corrisponde a 1234 unità da controllare; il target viene però riparametrato su 8 mesi in considerazione del fatto che nei primi 4 mesi dell'anno tutti gli operatori sono stati impegnati nell'attività COVID_19 (n.823 Unità locali)	45	50	10	40
5		2 - Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente (dato 2020 ASUFC 3280). In caso di significative variazioni del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2020 (dato 2020 ASUFC 299): il 12% per ASUFC corrisponde a 394 cantieri da vigilare; il target viene però riparametrato su 8 mesi in considerazione del fatto che nei primi 4 mesi dell'anno tutti gli operatori sono stati impegnati nell'attività COVID_19 (n.263 cantieri)	15	10	5	20
6		3 - Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale: per ASUFC 67 aziende	10	10	5	20
7	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie				
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
8	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale per le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione nell'emergenza pandemica	20	20	20	20
					60	
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area B e C, SIAN, SIP, MPC.

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigenti medici- sanitari	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
n.	Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultati attesi			
1	2.14.2 Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019). Interventi programmati come da PRISAN	- n. interventi ispettivi per settore, che includono anche valutazioni del rischio, programmati per il 2021 sul pool estratto dalla Regione (2604 imprese) (ob. 2021- n. 738 interventi ispettivi in stabilimenti registrati, dei quali verranno assicurati 700)	40	5	40
		- n. audit per settore programmati per il 2021 (ob. 2020 - n. 15 audit per settore, di cui verranno assicurati 10)	20	5	20
		- n. di campionamenti di alimenti programmati per 2021 (n. 340 campionamenti di alimenti, inclusa radioattività)	20	5	20
Ulteriori Obiettivi					
	Obiettivo	Risultati attesi			
2	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale per le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione nell'emergenza pandemica	20	20	20
<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area B e C, PSAL, SIP, MPC</i>				65	
Totale punteggio attribuito			100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
			Medici- Veterinari*
n. prog.	Obiettivi da PA	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori
1	2.14.3 - Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA per i controlli relativi all' I&R bovina, ovicaprina e suina	Viene garantito entro il 31/12/2021 il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e le evidenze ed i verbali inseriti in Banca Dati Nazionale (BDN) - 7 allevamenti suini (dato BDN) - 33 allevamenti bovini (dato BDN) - 12 allevamenti ovicaprini (dato BDN)	10
2	2.14.6 Accreditemento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (campioni di sangue effettuati al macello su tutte le partite di suini provenienti da fuori regione, 1 partita al mese di suini allevati in regione campionando lo stesso allevamento di origine non più di una volta all'anno, tutte le partite di cinghiali, comprese le macellazioni in allevamento, tutte le partite di suini allevati allo stato brado semi-brado comprese le macellazioni effettuate in allevamento). Ex circolare del Servizio Veterinario della DCSPSD prot. n. 2210 del 27/1/2021	10
3	2.14.8 - Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Viene assicurato il raggiungimento del 3% dei controlli su base regionale come richiesto da LEA Ministeriali 33 controlli (dato BDN)	10
4	2.14.9 Genotipizzazione arieti per Scrapie	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2021 - n. allevamenti da controllare >= 10 - n. capi ovini da controllare e genotipizzare >= 250	10
5	n. 9 Tabella LEA - sanità animale: % di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98% 67 allevamenti controllati	20
6	n. 10.a Tabella LEA - sanità animale: % di allevamenti controllati per Brucellosi bovina e bufalina	≥ 98% del 10% degli allevamenti 101 allevamenti controllati	20
Obiettivi Revisione organizzativa			
		Obiettivo	Risultati attesi/indicatori
7	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	20

* comprende gli obiettivi del Direttore/responsabile

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
		Medici- Veterinari	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
n.	Obiettivi da PA			
prog.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori		
1	2.14.2 Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Gli interventi programmati come da PRISAN per i Servizi Veterinari sono: - n. 52 audit in stabilimenti riconosciuti 853/04; - n. 52 valutazioni del rischio programmate;		
2	2.14.2 Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Gli interventi programmati come da PRISAN per i Servizi Veterinari sono: - n. 207 campionamenti di alimenti di o.a - piano matrici; - n. 108 campionamenti di alimenti di o.a - piano radioattività		
3	2.14.2 Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Gli interventi programmati come da PRISAN per i Servizi Veterinari sono: - n. 400 interventi ispettivi in stabilimenti riconosciuti Reg. CE 853/04; - n. 468 interventi ispettivi in stabilimenti registrati Reg. CE 852/04;		
4	2.14.4 - Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Applicazione del protocollo PPL malghe 2020 a tutti gli OSA (Operatori del Settore Alimentare) aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2021. - Trasmettere entro il 31/01/2022 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale; la relazione dovrà riportare: * il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni; * un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; * il dettaglio delle attività eseguite su: * carni suine e avicunicole * carni di specie diverse * prodotti lattiero caseari di malga * vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...		
5	2.14.5 Sistema informativo SICER	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 194/2008, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)		
Ulteriori Obiettivi				
6	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica		
		<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC SIAN, PSAL, SIP, MPC</i>		
		<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area C</i>		
		Totale punteggio attribuito	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n. Obiettivi da PA		Dirigenti medici-veterinari*	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
prog.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori		
1	2.12.1 Antibiotici ambito veterinario	- Utilizzando come strumento di verifica la check-list di farmacosorveglianza ministeriale, le ASL promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% degli allevamenti aderiscono alle indicazioni sull'utilizzo degli antimicrobici secondo le "linee guida" promosse dal Ministero della Salute: esecuzione di 166 Check-list ed inserimento delle stesse nel sistema Classyfarm;	5	
2	2.12.2 Antibiotici ambito veterinario Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione; - Evidenza del n. di richieste pervenute e della tempistica di inserimento a seguito della regolarizzazione amministrativa della pratica.	5	
3	2.14.3 - Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Viene garantito entro il 31/12/2021 il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e le evidenze ed i verbali inseriti in Banca Dati Nazionale (BDN) - 5 controlli in allevamenti di vitelli - 7 controlli in allevamenti di suini - 5 controlli in allevamenti "altre specie" - 31 controlli di sicurezza alimentare/ BSE Scrapie - 31 controlli per sostanze vietate	10	
4	2.14.4 - Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Applicazione del protocollo PPL malghe 2020 a tutti gli OSA (Operatori del Settore Alimentare) aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2021. - Trasmettere entro il 31/01/2022 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale; la relazione dovrà riportare: - il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio;	10	
5	2.14.7 Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute. -Effettuare n.115 controlli di benessere animale in allevamento Effettuare il 100% dei controlli di benessere al trasporto su richiesta/segnalazione presso la destinazione o in itinere	5	
6	2.14.10 Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate. In funzione della particolare situazione epidemiologica che ha caratterizzato i primi mesi dell'anno il risultato atteso è rideterminato in n. 36 sopralluoghi pari al 70% dei sopralluoghi programmati nel sistema SICER	5	

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n. Obiettivi da PA		Dirigenti medici-veterinari*	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2	
prog.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori			
7	Piano Nazionale Alimentazione Animale	Effettuare il 100% dei campioni attribuiti dalla DCS ad ASUFC pari a n. 210 campioni di alimenti /mangimi	20	10	20
8	n. 12 Tabella LEA - salute degli alimenti: % dei campioni analizzati sul totale dei campioni programmati da PNR	≥ 98% 122 campioni PNR	20		20
Ulteriori Obiettivi					
9	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	20	20	20
		<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC SIAN, PSAL, SIP, MPC</i>		60	
		<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area B</i>		10	40
		Totale punteggio attribuiti	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
		Direttore	Medici e dirigenti sanitari ex AAS3 e AAS2	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
n.	Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultati attesi			
1	1. Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	20	20	30
2	2.2 Screening oncologici in Regione FVG	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel PA per gli obiettivi relativi alla linea 2.2 di seguito riportati:	10	10	5
	2.2.0 Screening cervice uterina	Applicazione protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020			
	2.2.1 Screening cervice uterina	Disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo			
	2.2.4 Adesione allo screening della cervice uterina	% di adesione >= 60%			
	2.2.5 Recuperare gli inviti non effettuati nel 2020 a causa della sospensione per emergenza COVID	Le Aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuate nel 2020 entro giugno 2021 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2021			
	2.2.6 Screening mammella	- rispetto dei requisiti check-list DCS - collaborazione con ARCS e con la ditta aggiudicataria dell'appalto nei sopralluoghi di controllo delle sedi di attività			
	2.2.10 Adesione allo screening della mammella	% di adesione >= 64%			
	2.2.12 Adesione allo screening del colon	% di adesione >= 60%			
3	Promozione della salute	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per l'obiettivo 2.6 di seguito riportato:	5	5	
	2.6. Sviluppo di progetti di promozione della salute nelle scuole e promozione dell'attività fisica nella comunità	- Partecipazione dei referenti ai Tavoli Tecnici Regionali per la promozione dell'attività fisica e di scuole che promuovono salute - Attivazione di almeno un percorso di attività fisica adattata - Partecipazione alla stesura di un documento regionale di buone pratiche per le scuole			
4	2.10.1 Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016	Effettuazione di campionamenti secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e successiva adozione da parte della DCS.	5	5	

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
		Direttore	Medici e dirigenti sanitari ex AAS3 e AAS2	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
n.	Obiettivi da P.A.				
5	2.10.2 Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	- Nomina di un referente aziendale. - Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	5	5	
6	2.10.3 Sorveglianza acque potabili - garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basato sulla valutazione e gestione del rischio.	- Nomina di un referente aziendale in possesso di formazione specifica per team leader per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA). - Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.	5	5	
7	2.10.4 Garantire un numero di controlli coerenti con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate con particolare attenzione ai progetti di cooperazione con le Dogane e di controllo sulle vendite on line di prodotti.	Almeno 6 imprese controllate	5	5	10
8	2.11.1 Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale.	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2021)	5	5	
9	2.11.2 Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	- Esavalente: proxy del vaccino esavalente sarà considerata la copertura vaccinale antipolio a 24 e 36 mesi (coorte 2019 e 2018 (dato ASUFC 2020 a 24 mesi per la coorte 2018 = 93,7%). - MMR (1^ e 2^ dose) sarà considerata la copertura vaccinale delle coorti 2019 e 2014 (dato ASUFC 2020 per la prima dose = 92,1%) - Avvio attività di recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020: (40%) - Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%. Sarà considerato il rapporto% tra donne gravide vaccinate nell'anno 2021 e registrate con codice DGRA in SIASI/nuovi nati nell'anno 2021	10	10	40
10	2.11.3 Campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022	Predisposizione del fabbisogno aziendale	5	5	
Ulteriori Obiettivi					
	Obiettivo	Risultati attesi			
11	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale per le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione nell'emergenza pandemica	20	20	20
12	Riorganizzazione delle attività tecniche delle SOC	Redazione /revisione di almeno una procedura operativa	5	5	5
		<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area B e C, SIAN, PSAL, MPC</i>			65
		Totale punteggio attribuito	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigente Responsabile	Altri Dirigenti Medici Legali	Comparto
n.	Obiettivo	Risultati attesi			
	Obiettivi da P.A.				
1	9.2 Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Schede di morte sono inserite in SIASI entro 3 mesi dalla data di ricezione aziendale			30
	Ulteriori Obiettivi				
2	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10	10	
3	Attuazione delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle linee guida regionali definite nella Delibera di Giunta Regionale FVG n. 65/2018 (Revisione al DGR FVG n. 2190 del 2012) che ha recepito i nuovi LEA esplicitati nel DPCM del 12/01/2017, pubblicato il 18/03/2017	Evidenza dell'attuazione delle nuove modalità prescrittive per il territorio della Bassa Friulana e limitatamente alla parte autorizzativa	20	20	40
4	Contenzioso medico-legale	Partecipazione al 100% delle consulenze tecniche dell'Area Bassa Friulana per conto dell'ASUFC al 31/12/2021	10	10	
5	Contenzioso medico-legale	Stilare entro il 31/12/2021 il 100% delle relazioni relative ai sinistri aziendali di pertinenza dell'Area Bassa Friulana i cui periziandi siano stati convocati a visita entro il 30/09/2021	10	10	
6	Garantire l'effettuazione delle visite ambulatoriali e domiciliari per l'accertamento ai sensi della L. 80/2006	Tutte le visite sono effettuate entro i 15 giorni	10	10	
7	Garantire l'effettuazione delle visite <u>domiciliari</u> per l'accertamento delle minorazioni civili.	Mantenimento dei tempi d'attesa medi entro 180 gg Le attività vengono mantenute rispetto ai tempi calcolati dopo sospensione COVID e non recuperati a causa della mancata sostituzione di un dirigente medico-legale.	20	20	
8	Garantire l'effettuazione delle visite <u>ambulatoriali</u> per l'accertamento delle minorazioni civili. Rispetto dei tempi previsti dalla normativa (90 giorni ex DPR n. 698/1994).	Mantenimento dei tempi d'attesa entro i 90gg	20	20	30
			100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato		
		Medici- Veterinari*	Comparto ex AAS3 - PT Prevenzione e Salute	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute
Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	1. Campagna vaccinale anti SARS CoV 2. Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	Evidenza di relazione annuale relativa al territorio dei Distretti di Gemona e Tolmezzo	20	40
2	2.11.2 Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	- Esavalente: proxy del vaccino esavalente sarà considerata la copertura vaccinale antipolio a 24 e 36 mesi (coorte 2019 e 2018 (dato ASUFC 2020 a 24 mesi per la coorte 2018 = 93,7%). - MMR (1 ^a e 2 ^a dose) sarà considerata la copertura vaccinale delle coorti 2019 e 2014 (dato ASUFC 2020 per la prima dose = 92,1%) - Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%. Sarà considerato il rapporto% tra donne gravide vaccinate nell'anno 2021 e registrate con codice DGRA in SIASI/nuovi nati nell'anno 2021	30	40
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi		
3	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza	Evidenza di relazione annuale per le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione nell'emergenza pandemica	20	20
4	Commissione di vigilanza per le strutture sanitarie private di cui al D.G.R. 3586/2004	Definizione / revisione di almeno una procedura per l'attività autorizzativa e di vigilanza.	15	5
5		Evidenza di una relazione dell'attività effettuata dal Dipartimento di Prevenzione nell'ultimo trimestre 2021	15	5
* Comprende anche Il Direttore/Responsabile		Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area B e C, SIAN, PSAL, SIP		70
		Totale punteggio attribuito	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

Obiettivo incentivato
(punteggio max
attribuito)

Responsabile

Obiettivi da PA

	Obiettivo	Risultati attesi	
1	6.1 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni cardiologiche: - prime visite e controlli cardiologici - ecografie cardiache. Volumi di attività del 2021 >= volumi di attività 2020 (con una tolleranza del 10%)	40
Ulteriori obiettivi			
2	Digitalizzazione referti	Referti firmati digitalmente >98% Monitoraggio a cura SOC P&C su dati da clinico e da cardionet refertati solo sulla SSD Prevenzione malattie cardiovascolari	20
3	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	40
<i>Totale punteggio attribuito</i>			100



Schede obiettivi 2021

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivi da Piano Attuativo (PA)		Pesi obiettivi			
			Direttori SOC/ Responsabili SSD	Altri dirigenti medici	Altri dirigenti sanitari	Comparto
prog.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori				
1	3.4. Disturbi del comportamento alimentare	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi per gli obiettivi 3.4.1 - 3.4.2 del PA di seguito riportati	10	10	10	10
	3.4.1 Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Evidenza del report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021 - individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)				
	3.4.2 Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa definiscono indicatori di processo e di esito in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Evidenza dell'invio congiunto alla DCS entro 30.6.2021 dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati Evidenza dell'invio congiunto alla DCS entro 31.12.2021 di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2021.				
2	3.6.1 Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Evidenza della relazione inviata alla DCSPSD sulle modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI	10	10	10	10
3	3.6.2 Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Evidenza della relazione inviata alla DCSPSD entro il 30.06.2021 relativa ai progetti predisposti per le misure alternative, riguardanti almeno il 40% delle persone soggette a misura di sicurezza nel primo semestre del 2021.	10	10	10	10
4		Evidenza della relazione inviata alla DCSPSD entro il 31.12.2021 relativa ai progetti predisposti per le misure alternative, riguardanti almeno il 60% delle persone soggette a misura di sicurezza nel secondo semestre del 2021.	10	10	10	10
5	4.5.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Evidenza della trasmissione alla DCSPSD del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021 (in collaborazione con i servizi NPI aziendali)	15	15	15	15

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Pesi obiettivi			
n.	Obiettivi da Piano Attuativo (PA)		Direttori SOC/ Responsabili SSD	Altri dirigenti medici	Altri dirigenti sanitari	Comparto
prog.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori				
	4.5 Salute mentale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi per gli obiettivi 4.5.2 - 4.5.6 del PA di seguito riportati				
	4.5.2 Valutazione budget individuali di salute follow up Consolidare l'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di Budget Individuali di Salute attraverso la realizzazione dell'attività di follow up a tre anni (T2)	Trasmissione alla Direzione, entro il 31.07.201 delle schede di valutazione sintetiche contenenti Honos Short version-12 item e relative al campione di riferimento				
	4.5.3 Sistema informativo Point Psm: Miglioramento del prodotto e della qualità dei dati nell'impiego del nuovo gestionale per la Salute Mentale	Evidenza della partecipazione dei referenti per il sistema informativo dei DSM ai Tavoli Tecnici Regionali				
6	4.5.4 Sistema informativo Point Psm Utilizzo della funzionalità di Point pSM relativa allo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato	Evidenza sullo stato di Inserimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in Point pSM, a conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata, previsto per almeno il 75% delle persone in carico con bisogni complessi, entro il 31.12.	15	15	15	15
	4.5.5 Sviluppo programmi recovery oriented Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	Evidenza dei programmi recovery oriented, con il coinvolgimento di stakeholders, peer support workers e associazioni di familiari, sono parte integrante dell'offerta sociosanitaria dei DSM (Report 31.12)				
	4.5.6 Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL): Adesione alla sperimentazione QUIL regionale e utilizzo della scheda di valutazione dei percorsi di inserimento lavorativo.	Evidenza della partecipazione degli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo alle iniziative regionali dedicate e alle attività valutative del singolo percorso (Report 31.12)				
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori				
7	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10			
8	Qualificazione della base dati della salute mentale (inclusi i flussi ministeriali) in collaborazione con la SC P&C	Ricognizione e revisione dei criteri di registrazione delle attività	10	20	20	20
9		Condivisione di un set minimo di indicatori da monitorare periodicamente	10	10	10	10
			100	100	100	100



Schede obiettivi 2021

DISTRETTI

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti Responsabili SSD	Dirigenti sanitari e non san. (S-PTA)*	Comparto*
Obiettivi da P.A.							
1	1.1 Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15				
2	3. Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG (obiettivo non pesato)	- Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto) - Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica					
3	3.3 Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2021, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA			15	20	
3	3.5.1 Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 30.06.2021, predisposizione di una bozza di documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari ed invio alla DCS; ed entro il 31.12.2021 approvazione del documento		30			5
4	3.5.2 Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere	Entro il 31.12.2021 descrizione di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina e indicazione degli interventi effettuati a favore dei detenuti.		10			5
5	3.9.1 Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	- Evidenza e applicazione dei protocolli aziendali - Evidenza biennale della casistica 2020-2021			20		5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti Responsabili SSD	Dirigenti sanitari e non san. (S-PTA)*	Comparto*
6	3.9.2-3.9.6 Sostegno alla genitorialità	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.2 - 3.9.6 di seguito riportati			20	20	10
	3.9.2 Sostegno alla genitorialità <i>Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consulenti familiari e del Servizio Sociale dei Comuni</i>	<i>Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)</i>					
	3.9.3 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita</i>	<i>Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria</i>					
	3.9.4 Sostegno alla genitorialità <i>Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse</i>	<i>Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria</i>					
	3.9.5 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.</i>	<i>Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria</i>					
	3.9.6 Sostegno alla genitorialità <i>Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consulenti familiari</i>	<i>Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi- complessità, aventi carattere di stabilità e continuità</i>					
7	3.9.7-3.9.9 Adozione	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.7 - 3.9.9 di seguito riportati			20	20	10
	3.9.7 Adozione <i>Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale</i>	<i>Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale</i>					
	3.9.8 Adozione <i>Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi</i>	<i>Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)</i>					
	3.9.9 Adozione <i>Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"</i>	<i>Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie</i>					

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti Responsabili SSD	Dirigenti sanitari e non san. (S-PTA)*	Comparto*
8	3.9.10 -3.9.11 Violenza contro le donne	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.10 - 3.9.11 di seguito riportati			20	20	5
	<i>Violenza contro le donne Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine</i>	<i>Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime) PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.</i>					
	<i>Violenza contro le donne Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza</i>	<i>N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza</i>					
9	4.1.1 Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima. Evidenza del numero di soggetti con disabilità gravissima certificati nel 2021	10	10			5
10	4.2.1 Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo. Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10	10			5
11	4.2.2 Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10	10			10
12	4.2.5 Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi. Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	15			10	5
13	4.2.9 Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	- Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020) - L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)		10			10

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti Responsabili SSD	Dirigenti sanitari e non san. (S-PTA)*	Comparto*
14	4.3.2 Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD; Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	10				5
15	4.3.3 Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria)	Evidenza del n. di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	10				5
16	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: - individuazione degli operatori NPJA e Consultorio da formare sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3; - individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPJA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3			5		
Ulteriori Obiettivi							
17	Assicurare la prenotabilità delle prestazioni traccianti di primo accesso	Garanzia prenotabilità prestazioni ambulatoriali per un arco temporale maggiore uguale a 18 mesi	10	10			
18	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10				5
19	Qualificazione della base dati di RSA e Hospice	Tutti i ricoveri registrati sul nuovo applicativo RSA/Hospice non devono essere presenti anche su SIASI (monitoraggio a cura SC P&C settembre e dicembre)		5		10	10
20		Tutte le dimissioni devono essere registrate entro il 30 del mese successivo alla data di dimissione (ultimi 4 mesi del 2021)		5			
* obiettivi e pesi correlati alla performance individuale secondo il SMVP viger			100	100	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore SOC	Dirigenza medica*	Dirigenza S-PTA*	Comparto*
Obiettivi da P.A.						
1	3.3 Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2021, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	15	20		
2	3.4.1 Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare: le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017. Evidenza del report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021 - individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10	10	10	20
3	4.4.1 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carico integrata Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	30	30	30	25
4	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: - individuazione degli operatori NPPIA e Consultorio da formare sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3; - individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3	15	10	30	15

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore SOC	Dirigenza medica*	Dirigenza S-PTA*	Comparto*	
5	4.5.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Collaborazione con il DSM per la produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	30	30	30	10	
Ulteriori Obiettivi							
6	Garantire la presa in carico multidisciplinare per i bambini con disturbi del neurosviluppo	per ogni minore accolto è presente un progetto personalizzato comprendente valutazione, obiettivi e verifica				30	
* obiettivi e pesi correlati alla performance individuale secondo il SMVP vigente			Totale punteggio attribuito	100	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari Gemona	Dirigenti Medici e sanitari Tolmezzo	Comparto Gemona	Comparto Tolmezzo
Obiettivi da P.A.							
1	1.1 Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	5	5	5	5	5
2	3. Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG (<i>OBIETTIVO NON PESATO</i>)	- Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto) - Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica					
3	3.3 Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2021, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	5	5	5		
4	3.5.1 Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 30.06.2021, predisposizione di una bozza di documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari ed invio alla DCS; ed entro il 31.12.2021 approvazione del documento	20				
5	3.5.2 Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere	Entro il 31.12.2021 descrizione di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina e indicazione degli interventi effettuati a favore dei detenuti.	10		5		15
6	3.9.1 Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	- Evidenza e applicazione dei protocolli aziendali - Evidenza biennale della casistica 2020-2021		5	5		

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari Gemona	Dirigenti Medici e sanitari Tolmezzo	Comparto Gemona	Comparto Tolmezzo
7	3.9.2-3.9.6 Sostegno alla genitorialità	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.2 - 3.9.6 di seguito riportati					
	<i>3.9.2 Sostegno alla genitorialità Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consulenti familiari e del Servizio Sociale dei Comuni</i>	<i>Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)</i>					
	<i>3.9.3 Sostegno alla genitorialità Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita</i>	<i>Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria</i>		10	10		
	<i>3.9.4 Sostegno alla genitorialità Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse</i>	<i>Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria</i>					
	<i>3.9.5 Sostegno alla genitorialità Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.</i>	<i>Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria</i>					
	<i>3.9.6 Sostegno alla genitorialità Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consulenti familiari</i>	<i>Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi- complessità, aventi carattere di stabilità e continuità</i>					

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari Gemona	Dirigenti Medici e sanitari Tolmezzo	Comparto Gemona	Comparto Tolmezzo
8	3.9.7-3.9.9 Adozione	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.7 - 3.9.9 di seguito riportati		5	5		
	3.9.7 Adozione <i>Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale</i>	<i>Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale</i>					
	3.9.8 Adozione <i>Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi</i>	<i>Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)</i>					
	3.9.9 Adozione <i>Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"</i>	<i>Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie</i>					
9	3.9.10 -3.9.11 Violenza contro le donne	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.10 - 3.9.11 di seguito riportati		5	5		
	<i>Violenza contro le donne</i> <i>Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine</i>	<i>Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)</i> <i>PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.</i>					
	<i>Violenza contro le donne</i> <i>Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza</i>	<i>N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza</i>					

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari Gemona	Dirigenti Medici e sanitari Tolmezzo	Comparto Gemona	Comparto Tolmezzo
10	4.1.1 Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima. Evidenza del numero di soggetti con disabilità gravissima certificati nel 2021		10	10	5	15
11	4.2.1 Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo. Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10				
12	4.2.2 Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano				10	15
13	4.2.5 Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	10				
14	4.2.9 Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	- Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020) - L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)		5	10	5	15

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari Gemona	Dirigenti Medici e sanitari Tolmezzo	Comparto Gemona	Comparto Tolmezzo
15	4.3.2 Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD; Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.		5	10	5	10
16	4.3.3 Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria)	Evidenza del n. di progetti personalizzati sperimentali attivati e co- finanziati.	10	10	10	10	10
17	4.4.1 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuropsichiatria infantile		10	10	10	15
18	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: Formazione sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3 per gli operatori NPIA e Consultorio; Individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3		5	5		
19	4.5.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Collaborazione con il DSM per la produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021		5	5		

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari Gemona	Dirigenti Medici e sanitari Tolmezzo	Comparto Gemona	Comparto Tolmezzo
Ulteriori Obiettivi							
20	Assicurare la prenotabilità delle prestazioni di primo accesso	Garanzia prenotabilità prestazioni ambulatoriali per un arco temporale maggiore uguale a 18 mesi	5	5		10	
21	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	25				
22	Qualificazione della base dati di RSA e Hospice	Tutti i ricoveri registrati sul nuovo applicativo RSA/Hospice non devono essere presenti anche su SIASI (monitoraggio a cura SC P&C settembre e dicembre)		5		10	
23		Tutte le dimissioni devono essere registrate entro il 30 del mese successivo alla data di dimissione (ultimi 4 mesi del 2021)		5		10	
24	Organizzare su richiesta setting assistenziali e percorsi nel POS per l'emergenza pandemica COVID	Evidenza di attività svolte				20	
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari San Daniele	Dirigenti Medici e sanitari Codroipo	Comparto San Daniele**	Comparto Codroipo**
Obiettivi da P.A.							
1	1.1 Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15			10	10
2	3. Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG <i>(obiettivo non pesato)</i>	- Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto) - Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica					
3	3.3 Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2021, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA		15	15		
4	3.9.1 Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	- Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria - Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria		10	10	5	5
5	3.9.2-3.9.6 Sostegno alla genitorialità	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.2 - 3.9.6 di seguito riportati	10	10			
	3.9.2 Sostegno alla genitorialità <i>Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consulori familiari e del Servizio Sociale dei Comuni</i>	<i>Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)</i>					
	3.9.3 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita</i>	<i>Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria</i>					
	3.9.4 Sostegno alla genitorialità <i>Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse</i>	<i>Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria</i>					
	3.9.5 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.</i>	<i>Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria</i>					
	3.9.6 Sostegno alla genitorialità <i>Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consulori familiari</i>	<i>Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi- complessità, aventi carattere di stabilità e continuità</i>					

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari San Daniele	Dirigenti Medici e sanitari Codroipo	Comparto San Daniele**	Comparto Codroipo**
6	3.9.7-3.9.9 Adozione	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.7 - 3.9.9 di seguito riportati		10	10		
	3.9.7 Adozione <i>Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale</i>	<i>Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale</i>					
	3.9.8 Adozione <i>Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi</i>	<i>Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)</i>					
	3.9.9 Adozione <i>Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"</i>	<i>Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie</i>					
7	3.9.10 -3.9.11 Violenza contro le donne	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.10 - 3.9.11 di seguito riportati		10	10		
	<i>Violenza contro le donne</i> <i>Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine</i>	<i>Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)</i> <i>PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.</i>					
	<i>Violenza contro le donne</i> <i>Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza</i>	<i>N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza</i>					
8	4.1.1 Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima. Evidenza del numero di soggetti con disabilità gravissima certificati nel 2021	15	10	10	5	5
9	4.2.1 Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo. Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10				

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari San Daniele	Dirigenti Medici e sanitari Codroipo	Comparto San Daniele**	Comparto Codroipo**
10	4.2.2 Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10	5	5	10	10
11	4.2.5 Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	15				
12	4.2.9 Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	- Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020) - L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)				10	10
13	4.3.2 Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD; Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	10			10	10
14	4.3.3 Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria)	Evidenza del n. di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	10	10	10	10	10
15	4.4.1 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile				10	10
16	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: Formazione sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3 per gli operatori NPPIA e Consultorio; Individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3		5	5		

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)				
			Direttore	Dirigenti Medici e sanitari San Daniele	Dirigenti Medici e sanitari Codroipo	Comparto San Daniele**	Comparto Codroipo**
17	4.5.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Collaborazione con il DSM per la produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021		5	5		
Ulteriori Obiettivi							
18	Assicurare la prenotabilità delle prestazioni di primo accesso	Garanzia prenotabilità prestazioni ambulatoriali per un arco temporale maggiore uguale a 18 mesi	5			10	10
19	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10				
20	Qualificazione della base dati di RSA	Tutti i ricoveri registrati sul nuovo applicativo RSA non devono essere presenti anche su SIASI (monitoraggio a cura SC P&C settembre e dicembre)		5	5	10	10
21		Tutte le dimissioni devono essere registrate entro il 30 del mese successivo alla data di dimissione (ultimi 4 mesi del 2021)		5	5	10	10
** Comprende anche la Piattaforma Riabilitazione domiciliare			100	100	100	100	100
Totale punteggio attribuito							

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti sanitari responsabili (SSD)
Obiettivi da P.A.					
1	1.1 Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15	10	
2	3. Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG (<i>OBIETTIVO NON PESATO</i>)	- Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto) - Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica			
3	3.3 Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2021, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA			10
4	3.9.1 Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	- Evidenza e applicazione dei protocolli aziendali - Evidenza biennale della casistica 2020-2021			10
5	3.9.2-3.9.6 Sostegno alla genitorialità	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.2 - 3.9.6 di seguito riportati			20
	3.9.2 Sostegno alla genitorialità <i>Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consultori familiari e del Servizio Sociale dei Comuni</i>	<i>Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)</i>			
	3.9.3 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita</i>	<i>Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria</i>			
	3.9.4 Sostegno alla genitorialità <i>Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse.</i>	<i>Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria</i>			
	3.9.5 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.</i>	<i>Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria</i>			
	3.9.6 Sostegno alla genitorialità <i>Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consultori familiari</i>	<i>Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi- complessità, aventi carattere di stabilità e continuità.</i>			

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti sanitari responsabili (SSD)
6	3.9.7-3.9.9 Adozione	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.7 - 3.9.9 di seguito riportati			20
	3.9.7 Adozione <i>Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale</i>	<i>Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale</i>			
	3.9.8 Adozione <i>Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi.</i>	<i>Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)</i>			
	3.9.9 Adozione <i>Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"</i>	<i>Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie</i>			
7	3.9.10 -3.9.11 Violenza contro le donne	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.10 - 3.9.11 di seguito riportati			20
	<i>Violenza contro le donne</i> <i>Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine</i>	<i>Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)</i> <i>PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.</i>			
	<i>Violenza contro le donne</i> <i>Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.</i>	<i>N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza</i>			
8	4.1.1 Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima. Evidenza del numero di soggetti con disabilità gravissima certificati nel 2021	10	10	
9	4.2.1 Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo. Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10	10	
10	4.2.2 Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	10	10	

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti sanitari responsabili (SSD)
11	4.2.5 Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	15	10	
12	4.2.9 Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	- Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020) - L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)		10	
13	4.3.2 Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD; Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	10	10	
14	4.3.3 Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria)	Evidenza del n. di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	10		
15	4.4.1 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile			10
16	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: Formazione sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3 per gli operatori NPIA e Consultorio; Individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3			5
17	4.5.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Collaborazione con il DSM per la produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021			5

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Direttore Distretto	Direttori SOC	Dirigenti sanitari responsabili (SSD)
Ulteriori Obiettivi					
18	Assicurare la prenotabilità delle prestazioni di primo accesso	Garanzia prenotabilità prestazioni ambulatoriali per un arco temporale maggiore uguale a 18 mesi	10	10	
19	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10		
20	Qualificazione della base dati di RSA	Tutti i ricoveri registrati sul nuovo applicativo RSA non devono essere presenti anche su SIASI (monitoraggio a cura SC P&C settembre e dicembre)		10	
21		Tutte le dimissioni devono essere registrate entro il 30 del mese successivo alla data di dimissione (ultimi 4 mesi del 2021)		10	
Totale punteggio attribuito			100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigenza medica	Dirigenza sanitaria	Comparto
Obiettivi da P.A.					
1	1.1 Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15		5
2	3. Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG (OBIETTIVO NON PESATO)	- Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto) - Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica			
3	3.9.1 Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	- Evidenza e applicazione dei protocolli aziendali - Evidenza biennale della casistica 2020-2021		15	10
4	3.9.2-3.9.6 Sostegno alla genitorialità	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.9.2 - 3.9.6 di seguito riportati		15	10
	3.9.2 Sostegno alla genitorialità <i>Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consulteri familiari e del Servizio Sociale dei Comuni</i>	<i>Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)</i>			
	3.9.3 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita</i>	<i>Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria</i>			
	3.9.4 Sostegno alla genitorialità <i>Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse</i>	<i>Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria</i>			
	3.9.5 Sostegno alla genitorialità <i>Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.</i>	<i>Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria</i>			
	3.9.6 Sostegno alla genitorialità <i>Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consulteri familiari</i>	<i>Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi-complessità, aventi carattere di stabilità e continuità</i>			

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigenza medica	Dirigenza sanitaria	Comparto
5	3.9.7-3.9.9 Adozione	Rendicontazione trimestrale alla SC P&C, in occasione dei rendiconti periodici sull'andamento della gestione ex L.R. 22/2019, sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi per gli obiettivi 3.9.7 - 3.9.9 del PAL di seguito riportati		15	5
	3.9.7 Adozione <i>Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale</i>	<i>Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale</i>			
	3.9.8 Adozione <i>Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi</i>	<i>Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)</i>			
	3.9.9 Adozione <i>Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"</i>	<i>Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie</i>			
6	3.9.10 -3.9.11 Violenza contro le donne	Rendicontazione trimestrale alla SC P&C, in occasione dei rendiconti periodici sull'andamento della gestione ex L.R. 22/2019, sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi per gli obiettivi 3.9.10 - 3.9.11 del PA di seguito riportati		15	
	<i>Violenza contro le donne Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine</i>	<i>Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)</i> <i>PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.</i>			
	<i>Violenza contro le donne Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza</i>	<i>N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza</i>			
7	4.1.1 Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima. Evidenza del numero di soggetti con disabilità gravissima certificati nel 2021	10		5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigenza medica	Dirigenza sanitaria	Comparto
8	4.2.1 Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo. Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	5		5
9	4.2.2 Prisma 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15		25
10	4.2.5 Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse	15		10
11	4.2.9 Teleassistenza domiciliare: Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	- Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020) - L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)			5
12	4.3.2 Sperimentazione percorsi innovativi: Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Rendicontazione sull'attività realizzata in raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità rispetto ai seguenti risultati attesi: Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD; Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.	5	10	
13	4.3.3 Sperimentazione percorsi innovativi: Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria)	Evidenza del n. di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	5	20	

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigenza medica	Dirigenza sanitaria	Comparto
14	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: - individuazione degli operatori NPPIA e Consultorio da formare sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3; - individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3		10	
Ulteriori Obiettivi					
15	Assicurare la prenotabilità delle prestazioni di primo accesso	Garanzia prenotabilità prestazioni ambulatoriali per un arco temporale maggiore uguale a 18 mesi	10		
16	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	10		10
17	Qualificazione della base dati di RSA e Hospice	Tutte le dimissioni devono essere registrate entro il 30 del mese successivo alla data di dimissione (ultimi 4 mesi del 2021)	10		10
Totale punteggio attribuito			100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
			Dirigenti Medici	Dirigenti Psicologi	Comparto
Obiettivi da P.A.					
1	3.3 Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2021, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	30	30	30
2	3.4.1 Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare: le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017. Evidenza del report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021 - individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15	15	15
3	4.4.1 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile	25	25	25
4	4.4.2 Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	Evidenza dell'attività realizzata: Formazione sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3 per gli operatori NPIA e Consultorio; Individuazione dei nuclei familiari fragili in carico alla propria NPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3	10	10	10
5	4.5.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Collaborazione con il DSM per la produzione e trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021	20	20	20
Totale punteggio attribuito			100	100	100



Schede obiettivi 2021

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN DANIELE E TOLMEZZO

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Mammella: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Performance anno 2020: 88% (tot. interventi 93)		10	5
2	Colon: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Colon (Performance anno 2020): 100% (tot interventi 27)		10	5
3	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%			10
4	Attività di rischio clinico : adesione ai bundle	gestione CV,CVP e CVC >= 80%			25
5	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: ecocolor Doppler degli arti inferiori	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	5	
Ulteriori Obiettivi					
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato gen-giu 2021: 99%	20	
7	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato gen-giu 2021: 90%	15	
8	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		15	
9	Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni >= 70% (come da D.M. 70/2015) Valore 2020: 76,0%		10	5
10	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		15	
*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura				Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico (Ortop SD)	
**Piattaforma degenze chirurgiche San Daniele				100	50
Totale punteggio attribuito				100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Dirigenti*	Comparto**
n.	Obiettivi da P.A.				
1	Mammella: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi traccianti in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Performance anno 2020: 50% (tot interventi 84)		5	5
2	Colon: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi traccianti in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Performance anno 2020: 93% (tot interventi 15)		5	5
	Ulteriori Obiettivi				
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato gen-giu 2021: 83%	5	
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato gen-giu 2021: 65%	5	
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		10	
6	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i		20	
7	Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni ≥ 70% (come da D.M. 70/2015) Valore 2020: 83,1%		30	10
8	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20	15
					65
				100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico (Ort To; Uro; ORL)

**Piattaforma degenze chirurgiche Tolmezzo

Totale punteggio attribuito

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Dirigenti*
n.	Obiettivi da P.A.			
1	Screening colon retto: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening (2.2)	% di cartelle correttamente compilate >=95% si valuta il miglioramento della performance		30
2	Screenng colon retto Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening (2.2)	% dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg)>=95% si valuta il miglioramento della performance		20
3	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: visita gastroenterologica, esofagogastroduodenoscopia	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	20
	Ulteriori Obiettivi			
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 100%	30

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura; il personale comparto è assegnato alla "Piattaforma Servizi Clinici" afferente alla DMO

Totale punteggio attribuito

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Tiroide: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi traccianti in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Performance anno 2020: 69% (tot interventi 13)		5	
Ulteriori Obiettivi					
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 75%	10	
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 64%	20	
4	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		15	
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione		20	10
6	Revisione delle agende per visita otorinolaringoiatrica	Evidenza della struttura delle agende con accesso differenziato tra B/D/P (diminuire posti in P e aumentarli in		10	5
7	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20	10
					75
					100
					100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico (Chir To;Orto To; Urol)

**Piattaforma degenze chirurgiche Tolmezzo

Totale punteggio attribuito

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h in almeno il 70% dei casi trattati (criterio Bersaglio) (6.1)	Fratture operate entro 48h >= 70% Dato 2020: 84,4%		5	5
2	Frattura del femore: Trattamento entro 48h in almeno l'80% dei casi trattati (criterio Bersaglio) (6.1)	Trattamento della frattura del femore entro 48h >= 80% Dato 2020: 90,6%		5	5
3	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%			10
4	Attività di rischio clinico : adesione ai bundle	gestione CV,CVP e CVC >= 80%			30
5	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita ortopedica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	5	
Ulteriori Obiettivi					
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 97%	15	
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 80%	15	
8	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		10	
9	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20	
10	Revisione delle agende per visita ortopedica	Evidenza della struttura delle agende con accesso differenziato tra B/D/P (diminuire posti in P e aumentarli in B/D)		10	
11	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		15	

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma degenze chirurgiche SD

Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico (Chir SD)

Totale punteggio attribuito

50

100

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Frattura del femore: Trattamento entro 48h in almeno l'80% dei casi trattati (criterio Bersaglio) (6.1)	Miglioramento della performance rispetto al 2020 Dato 2020: 77,2%		5	
2	Urgenze ortopediche: Fratture operate entro entro 48h in almeno il 70% dei casi trattati (criterio Bersaglio) (6.1)	Fratture operate entro entro 48h >= 70% Dato 2020: 80,8%		5	
Ulteriori Obiettivi					
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 97%	15	
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 91%	15	
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		10	
6	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20	10
7	Revisione delle agende per visita ortopedica	Evidenza della struttura delle agende con accesso differenziato tra B/D/P (diminuire posti in P e aumentarli in B/D)		10	5
8	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20	10
*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura					75
**Piattaforma degenze chirurgiche Tolmezzo					100
Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico ((Chir To; ORL; URO))					75
Totale punteggio attribuito				100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Dirigenti*	Comparto**
n.	Obiettivi da P.A.				
1	Prostata: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi traccianti in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Prostata (Performance anno 2020): 66% (tot 15)		15	
2	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita urologica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	10	
	Ulteriori Obiettivi				
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato gen-giu 2021: 78%	15	
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato gen-giu 2021: 64%	15	
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		15	
6	Revisione agende per visita urologica	Evidenza della struttura dell'agenda con accesso differenziato per le priorità B, D, P (sede critica Codroipo, valutare riduzione posti in P, dove possibile, per aumentare B/D)		15	
7	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		15	15
		<i>Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico (Chir To;Orto To; ORL)</i>			85
		Totale punteggio attribuito		100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma degenze chirurgiche Tolmezzo

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Rete cure palliative e terapia del dolore (3.7)	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali ed invio di report semestrale sull'attività alla P&C		5	
2	Terapia del dolore - Tempi di attesa: appropriatezza (3.7.1)	Analisi di appropriatezza sulle richieste pervenute nel mese di novembre 2021		25	
3	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale (3.7.1)	Evidenza di una relazione descrittiva sui livelli di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale agiti		10	10
4	Cure palliative: - Registrazione attività cliniche (3.7.2)	Applicazione delle modalità di registrazione dell'attività definite a livello regionale		5	5
Ulteriori Obiettivi					
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 93%	25	
6	Completamento del progetto quadro: consolidamento delle competenze professionali trasversali all'interno dell'equipe di sala operatoria	3 infermieri inseriti in equipe con una competenza ulteriore oltre quella posseduta Al 31/12/21 almeno 2 infermieri sono inseriti in PD (pronta disponibilità) sulla nuova competenza raggiunta (evidenza sui turni - evidenza percorsi FSC) Percorso recovery room : almeno il 25% degli infermieri strumentisti (4/12) hanno concluso il percorso formativo		5	30
7	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		25	

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

Punteggio presente in altra scheda (PS SD)

** Piattaforma emergenza San Daniele

Totale punteggio attribuito

55
100 100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Tagli cesarei (6.7)	tagli cesarei primari dei PN I livello o N. parti < 1000/anno: ≤15%		5	
2	Gravidanze a basso rischio (6.7)	il personale identificato partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio			10
3	Trasporto in emergenza materno e neonatale (6.7)	Report sull'attività realizzata		5	5
4	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi chirurgici	% di interventi traccianti in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% (ai fini della valutazione si considerano i dati del 2° semestre)		15	
5	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita ginecologica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	5	5
Ulteriori Obiettivi					
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020:78%	10	
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 82%	10	
8	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		10	
9	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		15	15
10	Corretta codifica delle SDO di parto	Nel secondo semestre il 98% delle SDO alle quali è associato un Certificato di Assistenza al Parto deve avere un DRG di parto (compreso tra 370 e 374) Dato 2020: 96,6%		20	
11	Progettualità "Acquisizione di competenze tecnico-operative dell'OSS nel blocco operatorio ostetrico"	Formazione per la gestione del decorso per/post operatorio della paziente ostetrica del 100% delle OSS inserite in pianta organica			15
12	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		5	5
				Punteggio presente in altra scheda (Pediatria)	
				45	
*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura				Totale punteggio attribuito	
** Piattaforma Materno Infantile				100	
				100	

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori		Dirigenti*	Comparto**
n.	Obiettivi da P.A.				
1	Programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica (2.3)	Partecipare all'evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti organizzato dal Burlo		5	5
2	Screening neonatale Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento (2.3)	Flusso informativo 100%		5	15
3	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione (2.13)	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione			10
4	Trasporto in emergenza neonatale (6.7)	Report sull'attività realizzata		5	5
5	Rete oncologica pediatrica (6.8)	Collaborare con IRCCS Burlo alla definizione della rete		5	
6	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica (6.8)	Collaborare con IRCCS Burlo alla definizione del documento di trasporto pediatrico in emergenza		5	
	Ulteriori Obiettivi				
7	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 89%	20	
8	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 95%	20	
9	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		25	
10	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		10	10
		Totale punteggio attribuito	<i>Punteggio presente in altra scheda (Ost-Gin)</i>	100	55 100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

** Piattaforma Materno Infantile

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h (6.2)	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (criteri Bersaglio)		5	5
2	Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (6.2)	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (criteri Bersaglio)		5	5
3	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (6.2)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%		10	10
Ulteriori Obiettivi					
4	Firmare digitalmente i verbali PS	Valore atteso ≥ 98% verbali firmati digitalmente	Dato 2020: 99% (fonte SEI)	30	
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 100%	30	
6	Ripristino della capacità di accoglienza della pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza mantenendo separazione percorsi e le capacità di trattamento di pazienti a rischio contagio	Evidenza operatività OBI dedicata a percorsi puliti ed OBI dedicata ai percorsi a rischio di contagio Evidenza operatività PL Medicina d'Urgenza come da PAL = 8			25
7	Studio di fattibilità della presa in carico infermieristica integrata del paziente in dialisi continua (CVVH) degente in Medicina d'Urgenza SD. Infermieri dialisi SD-C e Medicina d'Urgenza	Evidenza di documento di Studio di fattibilità	Nessun dato precedente per la sede di SD. Area di nuovo sviluppo		10
8	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		20	

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

** Piattaforma emergenza San Daniele

Punteggio presente in altra scheda (Anest SD)

Totale punteggio attribuito

45
100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Rete cure palliative e terapia del dolore (3.7)	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali ed invio di report semestrale sull'attività alla P&C		5	
2	Terapia del dolore - Tempi di attesa (3.7.1)	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità		5	
3	Terapia del dolore - Tempi di attesa: appropriatezza (3.7.1)	Realizzazione sperimentale di un'analisi di appropriatezza sulle richieste pervenute nel mese di novembre 2021		10	15
4	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale (3.7.1)	Evidenza di una relazione descrittiva sui livelli di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale agiti		5	10
5	Cure palliative: - Registrazione attività cliniche (3.7.2)	Applicazione delle modalità di registrazione dell'attività definite a livello regionale		10	15
Ulteriori Obiettivi					
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 91%	15	
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 93%	15	
8	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		15	
9	Attivazione chirurgia ambulatoriale complessa	Documentazione e percorso clinico al 31/12/2021		20	20
*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura				Punteggio presente in altra scheda (PS TO)	
**Piattaforma emergenza Tolmezzo				100	100
Totale punteggio attribuito					

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Dirigenti*
Ulteriori Obiettivi				
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020: 91%	30
2	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		40
3	Revisione delle agende per visita cardiologica	Evidenza della struttura delle agende con accesso differenziato tra B/D/P (diminuire posti in P e aumentarli in B/D)		30

**comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura; il personale comparto è assegnato alla "Piattaforma Servizi Clinici" afferente alla DMO*

Totale punteggio attribuito

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h (6.2)	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (criteri Bersaglio)	Al 31 agosto la percentuale è del 86,5%	5	10
2	Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (6.2)	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (criteri Bersaglio)	Al 31 agosto la percentuale è del 85,5%	5	10
3	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (6.2)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%	Si conferma la formazione nel rispetto dello standard indicato	10	10
Ulteriori Obiettivi					
4	Firmare digitalmente i verbali di PS	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 73% (fonte SEI) - si precisa che esistono delle variabili che inficiano il risultato: 1) riscontro frequente di malfunzionamento dei lettori delle carte operatori. 2) nel rispetto della sicurezza clinica abbiamo adottato la procedura di non utilizzo delle carte operatori e quindi della possibilità di firma digitale per i pazienti valutati in area blu (percorso Covid o sospetto Covid) - indicativamente i pazienti visitati in tale percorso si assommano in circa il 10-15% del totale	20	
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Anche per questo obiettivo valgono le considerazioni fatte per la firma digitale dei verbali PS	20	

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
6	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso $\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Al 31/8 target rispettato	25	
7	Attivazione percorso gestione della sepsi in Pronto Soccorso	Produzione di documentazione e linee guida per la gestione della sepsi in Pronto Soccorso		15	10
				<i>Punteggio presente in altra scheda (Ane TO)</i>	
				<i>Totale punteggio attribuito</i>	
				100	60
				100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma emergenza Tolmezzo

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Screening mammella Tutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico (2.2)	100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati		10	10
2	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica (2.2)	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello < = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >=80%		10	10
3	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica (2.2)	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%		10	10
4	Screening mammografico Tutte le aziende con unità senologica (2.2)	- Percentuale di early recali (casi con esito di secondo livello "sospeso")/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%		10	
5	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive).	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	20	
Ulteriori Obiettivi					
6	Adeguamento del referto radiologico ex dlgs 101/2020 (evidenza del dato dosimetrico)	90% dei referti su un campione analizzato di 100 referti per sede (tot. 200)		20	
7	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 100%	20	
8	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti			40
9	Frequenza con esito positivo >=80% del personale medico e tecnico al corso ASUFC_21401 "PACS(Picture Archiving and Communication System): ieri, oggi e domani"	Frequenza con esito positivo >=80% del personale tecnico			30

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma Servizi Diagnostici e area Radiologia

Totale punteggio attribuito

100

100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Appropriatezza prescrittiva	Prescrizione di farmaci biosimilari di Etanercept ($\geq 60\%$) e Adalimumab ($\geq 40\%$)		5	
2	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance $\geq 80\%$		5	
3	Attività di rischio clinico : adesione ai bundle	gestione CV,CVP e CVC $\geq 80\%$			85
Ulteriori Obiettivi					
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020: 97%	15	
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 93%	15	
6	Revisione dei percorsi per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa, di miglioramento del clima interno	Organizzazione e rendicontazione di 3 incontri			
7	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso $\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini		30	
8	Revisione del ricorso al dh diagnostico	Analisi retrospettiva (con evidenza di un numero significativo di casi analizzati) dei motivi del ricorso al dh diagnostico e proposte di interventi correttivi da realizzare nel 2022		30	15

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma degenze internistiche

Totale punteggio attribuito

100

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Appropriatezza prescrittiva. Incremento utilizzo dei farmaci biosimiliari (a) Etanecept e (b) Adalimumab rispetto al 2020.	(a)Farmaceutica diretta (periodo di osservazione ottobre-dicembre) DDD farmaco biosimiliare/DDD totali classe ATC Etancecept >=70%; (b)Farmaceutica diretta (periodo di osservazione ottobre-dicembre) DDD farmaco biosimiliare/DDD totali classe ATC Adalimumab >=40%.	(a)Dato 2020 Etanercept 58%; (b)Dato 2020 Adalimumab 20%	5	
2	Attività di rischio clinico: Aderenza all'igiene delle mani.	Aderenza >= 80%.		5	10
3	Attività di rischio clinico: Adesione ai bundle.	Gestione CV, CVP e CVC >= 80%.			70
Ulteriori Obiettivi					
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 91%	20	
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 92%	20	
6	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		30	
7	Revisione del ricorso al dh diagnostico	Analisi retrospettiva (con evidenza di un numero significativo di casi analizzati) dei motivi del ricorso al dh diagnostico. Nel periodo gennaio-agosto 2021 n. 44 dh diagnostici di cui 38/44 rispondenti ai criteri di appropriatezza (86%): a)31/44 manovre invasive che necessitano osservazione clinica > 1 ora e monitoraggio dei parametri; b)7/44 per indagini diagnostiche e valutazione multidisciplinare in pazienti con particolare stato psico-fisico. Proposta di intervento correttivo per il 2022: 90% dh diagnostici rispondenti a criteri di appropriatezza.	N° dh complessivi (diagnostici e terapeutici) gennaio-giugno 2020= 34; gennaio-giugno 2021=72. Rapporto dh diagnostico/complessivo 44/72 (61%)	20	20
*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura				Totale punteggio attribuito	
** Piattaforma degenze internistiche				100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Dirigenti *
n.	Obiettivi da P.A.			
1	Dialisi peritoneale (6.2) Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare	Ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	Mantenimento/miglioramento dato 2020 (54,8%)	5
	Ulteriori Obiettivi			
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 98%	15
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 90%	20
4	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		20
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		40

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura; il personale comparto è assegnato alla "Piattaforma Servizi Clinici" afferente alla DMO

Totale punteggio attribuito

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	Dirigenti*
Obiettivi da P.A.				
n.	Obiettivi da P.A.			
1	CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA (7.9) La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.	- Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti. Modalità di valutazione: Una rilevazione (DCS) del grado di completezza al 31.12.2021.		5
2	Appropriatezza prescrittiva	farmaceutica ospedaliera DDD farmaco biosimilare/DDD totali classe ATC Classe ATC L01XC03 trastuzumab ≥ 70% (formulazione ev) (periodo di osservazione ottobre-dicembre)	Dato 2020: 37%	5
3		farmaceutica ospedaliera DDD farmaco generico/DDD totali classe ATC Classe ATC L01CD01 paclitaxel albumina ≥ 70% (indicazione mammella) (periodo di osservazione ottobre-dicembre)	nuovo generico	5
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	NOTE	
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 92%	10
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Avvio utilizzo firma digitale		10
6	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini		10
7	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
8	Implementazione della gestione integrata multiprofessionale dei pazienti oncologici degenti presso la Soc di Medicina di Tolmezzo	Documentata partecipazione a cadenza settimanale di un medico dell'Oncologia alla riunione quotidiana di reparto della Soc di Medicina di Tolmezzo	a partire dal 01/07/2021 (sospesa primo semestre per Covid19)	15
9	Revisione del ricorso al dh diagnostico	Analisi retrospettiva (con evidenza di un numero significativo di casi analizzati) dei motivi del ricorso al dh diagnostico e proposte di interventi correttivi da realizzare nel 2022		20

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura; il personale comparto è assegnato alla "Piattaforma Servizi Clinici" afferente alla DMO

Totale punteggio attribuito

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note		
Obiettivi da P.A.					
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita fisiatrica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	30	
Ulteriori Obiettivi					
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 99%	20	
3	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		50	
4	Strutturare una modalità per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Evidenza della trasmissione mensile del file alla Programmazione e Controllo da settembre 2021			50
5	Collaborare con P&C per ricollocare prestazioni presso privato accreditato	Relazione sull'attività effettuata			50
Totale punteggio attribuito				100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma riabilitazione ospedaliera

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita fisiatrica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	30	
Ulteriori Obiettivi					
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020: 100%	20	
3	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		50	
4	Strutturare una modalità per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Evidenza della trasmissione mensile del file alla Programmazione e Controllo da settembre 2021			50
5	Collaborare con P&C per ricollocare prestazioni presso privato accreditato	Relazione sull'attività effettuata			50
Totale punteggio attribuito				100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma riabilitazione ospedaliera



Schede obiettivi 2021

PRESIDIO OSPEDALIERO SMM UDINE

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	3.6.4 Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	L'attività di segnalazione a livello dipartimentale viene effettuata nel rispetto degli standard definiti: 5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni	Valutazione a livello dipartimentale	10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 83,3%	30
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 98,3%	30
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 98,6%	30

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	3.6.4 Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	L'attività di segnalazione a livello dipartimentale viene effettuata nel rispetto degli standard definiti: 5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni	Valutazione a livello dipartimentale	10
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 96,6%	30
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 77,5%	30
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 90,1%	30

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	L'attività di segnalazione a livello dipartimentale viene effettuata nel rispetto degli standard definiti: 5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni	Valutazione a livello dipartimentale	10
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 97,6%	30
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 98,1%	30
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 97,8%	30

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Garantire l'attività per la terapia del dolore (3.7)	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali e relazione, in qualità di referente aziendale, su attività svolta al 30.9 entro il 15.10 e al 31.12 entro il 15.1.2022		10
2	Terapia del dolore - Tempi di attesa (3.7.1)	Analisi critica con evidenza dei tempi di attesa per le prestazioni appropriate		5
3	Terapia del dolore - Tempi di attesa (3.7.1)	Analisi di appropriatezza sulle richieste pervenute nel mese di novembre 2021		30
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	25
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 100%	25
7	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 89,5%	5
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	6.2 Pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2021)	Report delle attività al 30.9 da predisporre entro il 15.10 e al 31.12 entro il 15.1.2022		15
2	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	By pass aortocoronarico: mantenimento performance 2020 (77% su 82 interventi)	Esplicitare criticità e vincoli	5
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	dato 2020: 98,5%	15
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 99%	15
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 99,2%	10
6	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		30
7	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	6.2 Emergenze Cardiologiche	Relazione alla SC P&C sulle attività del P.A. Linea 6.2, di seguito riportate, con evidenza delle criticità attuative		30
	6.2 Compilazione data-set PACS emodinamica nei pz. con STEMI	>= 95% dei dati richiesti compilati per ogni record/paziente con STEMI		
	6.2 Emergenze Cardiologiche – STEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI		
	6.2 Emergenze Cardiologiche – NSTEMI: Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata		
	6.2 Emergenze Cardiologiche – NSTEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di NSTEMI		
2	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro	Angioplastica: mantenimento performance 2020 (98% su 41 interventi)	Esplicitare criticità e vincoli	5
3	30gg >= 95% (12.2.2.4)	Coronarografia: mantenimento performance 2020 (93% su 143 interventi)		5
Ulteriori obiettivi				
	Obiiettivo	Risultato atteso		Peso dirig.
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	dato 2020: 88,9% (fonte Cardionet)	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 99,6% (fonte Cardionet)	15
6	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 98,9%	10
7	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Polmone: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	Miglioramento performance anno 2020: 82% (tot. interventi 91)	Esplicitare criticità e vincoli	20
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso		Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020: 96,4%	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 99%	20
4	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 100%	20
5	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20

Totale punteggio assegnato 100

Presidio ospedaliero di Udine**DPT CARDIOTORACICO****SOC Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria e SOC Pneumologia Riabilitativa****Direttore: dott. Vincenzo Patruno****OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021**

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	dato 2020: 96,9%	10
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 97,4%	10
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 94,3%	10
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		30
5	Accreditamento all'eccellenza JCI dell'IMFR: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		40

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	Colon: mantenimento performance 2020 (75% su 64 interventi)	Esplicitare criticità e vincoli	5
2		Retto: miglioramento performance 2020 (38% su 21 interventi)		5
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	dato 2020: 95,7%	20
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 91,3%	20
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 99,2%	20
6	Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni >= 70% (come da D.M. 70/2015)	dato 2020: 65,7%	10
7	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		10
8	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	Colon: mantenimento performance 2020 (78% su 32 interventi)	Esplicitare criticità e vincoli	5
2		Retto: miglioramento performance 2020 (30% su 10 interventi)		5
3	Trapianto di rene	Garantire un n. di trapianti = > a 60 a parità di donatori		5
4	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita chirurgica vascolare	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 98,1%	10
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 97,6%	10
7	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 99%	15
8	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		15
9	Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni >= 70% (come da D.M. 70/2015)	Dato 2020: 84,1%	15
10	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita chirurgica vascolare	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	5
2	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	Endoarterio carotidea: miglioramento performance 2020 (11% su 94 interventi)	Esplicitare criticità e vincoli	5
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 97%	20
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	dato 2020: 79,3%	20
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 91,2%	20
7	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita ortopedica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	10
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Erogazione di sedute operatorie c/o Presidio Ospedaliero di Palmanova-Latisana - sede di Palmanova	Mantenimento attività presso il presidio ospedaliero di Palmanova	Non proporre l'attività nelle proposte RAR	30
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020: 99,1%	20
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 99,8%	20
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 87,1%	10
6	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	6.1 Frattura del femore: Trattamento entro 48h in almeno il 70% dei casi trattati (criterio Bersaglio)	Miglioramento della performance rispetto al 2020	Dato 2020: 63,8%	5
2	6.1 Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h in almeno il 70% dei casi trattati (criterio Bersaglio)	Miglioramento della performance rispetto al 2020	Dato 2020: 59,9%	5
3	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita ortopedica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	10
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 98,5%	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 98,19%	15
6	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 99,6%	20
7	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
8	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	Prostata: mantenimento performance 2020 (50% su 28 interventi)	Esplicitare criticità e vincoli	5
2		Turp: mantenimento performance 2020 (37% turp su 8 interventi)		5
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 96,6%	25
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 88,8%	25
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 81,8%	20

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	2.2 Screening colon-retto: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di screening di secondo livello	Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$	dato 2020: 95,8%	20
2	2.2 Screening colon retto Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale di casi con tempi tra fobt e colonscopia entro 30gg $\geq 95\%$ Si valuta il miglioramento della performance	dato 2020: 53,4%	10
3	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: visita gastroenterologica, colonscopia	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	15
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020: 99,6%	20
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020: 97,1%	20
6	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020: 95,6%	5
7	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		10

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020= 94%	50
2	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo e miglioramento della performance		40
3	Assicurare il supporto alle attività della SOC di Chirurgia vascolare	Evidenza dell'attività: relazione su turni e orario svolto		10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	Mammella: miglioramento performance 2020 (25% su 363 interventi)	Riduzione delle sale operatorie del 50%/Riduzione di posti di degenza del 50%	5
2		Melanoma: miglioramento performance 2020: (57% su 14 interventi)		5
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99,4%	25
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 100%	25
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99,4%	20
6	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99,5%	20
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 99%	20
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	20
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
5	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	Melanoma: miglioramento performance 2020 (38% su 29 interventi)	Explicitare criticità e vincoli	10
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 74%	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 92%	20
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	20
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
6	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 93%	15
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 93%	15
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	15
4	Controlli di appropriatezza delle prestazioni di branca oculistica erogate dalle strutture private accreditate	Valutazione della casistica individuata da P&C		20
5	Tempi di esecuzione per priorità delle iniezioni intravitreali	Report quindicinale dei TdA delle iniezioni eseguite nella prima seduta del mese e a metà mese		20
6	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		15

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita oculistica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA, compresa l'attività svolta nelle strutture ex AAS3	5
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 96%	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 75%	25
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 85%	20
5	Tempi di esecuzione per priorità delle iniezioni intravitreali	Report quindicinale dei TdA delle iniezioni eseguite nella prima seduta del mese e a metà mese		20
6	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg>= 95% (12.2.2.4)	Tiroide: miglioramento performance 2020 (34% su 64 interventi) nell'ultimo trimestre		5
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 97%	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 97%	20
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	20
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		25
6	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	Concordare gli interventi correttivi con la DMP	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	3.8 - Attuazione del programma di odontoiatria sociale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano per gli obiettivi 3.8		40
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	20
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 97%	20
4	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

Presidio ospedaliero di Udine
DPT DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
SOC Diagnostica Angiografica e Radiologia Interventistica

Direttore: dott. Massimo Sponza

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.			
	Obiettivo	Risultato atteso	Peso comp.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	5
Ulteriori obiettivi			
	Obiettivo	Risultato atteso	Peso dirig.
2	Valutazione della concordanza tra il referto originale e il referto prodotto dal direttore della SOC attraverso la revisione di un campione di immagini	N. 1 doppia verifica/die per gli esami specifici di struttura	40
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	25
4	Accreditamento all'eccellenza JCI dell'IMFR: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP	30

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Impiego di apparecchiature laser ad uso temporaneo	Nuovo documento aziendale		50
2	Registro nazionale delle sorgenti di radiazioni ionizzanti e delle sorgenti sigillate ad alta attività e dei detentori (artt. 48 e 67 D.Lgs 101/2020)	Registrazione di ASUFC nel portale STRIMS (ISIN) e primi adempimenti		50

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Assicurare l'attività di approfondimento di secondo livello da esito positivo della mammografia di primo livello	Mantenimento volumi di attività	Dato 2020= 752 prestazioni Dato 1° sem. 2021= 675 prestazioni	20
2	Garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi secondo livello dello screening mammografico nel G2 Clinico	>= 95% di casi di secondo livello chiusi correttamente	Dato 2020= 98%	20
3	Percentuale di early recall (casi con esito secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%	Rispetto della performance (<=10%)	Dato 2020= 3,1%	20
4	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	Escluso Cividale	20
Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
5	Percorso aziendale per i casi positivi dello screening mammografico	Evidenza di una relazione sull'attività agita		5
6	Controlli di appropriatezza delle prestazioni radiologiche erogate dalle strutture private accreditate	Valutazione della casistica individuata da P&C (attività semestrale)	In collaborazione con P&C	15

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 100%	20
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 100%	20
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 100%	20
4	Revisione delle agende per scintigrafia ossea, scintigrafia ossea polifasica, tomoscintigrafia SPECT cardiaca	Evidenza della struttura delle agende con accesso differenziato tra B/D/P (diminuire posti in P e D e aumentarli in B)		30
5	Ampliare l'offerta pubblica delle prestazioni ambulatoriali	Rendere disponibile agli sportelli CUP la prenotazione della scintigrafia ossea e polifasica		10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Oiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: TC rachide lombosacrale, RM cervello e tronco encefalico	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	50
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Controlli di appropriatezza delle prestazioni radiologiche erogate dalle strutture private accreditate	Valutazione della casistica individuata da P&C	In collaborazione con P&C	30
3	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Revisione della procedura consulto neurologico spoke\hub tra SOC Radiologia Latisana e Palmanova e SOC Neuroradiologia del 27.11.2020 (https://intranet.asufc.sanita.fvg.it/documenti/teleconsulto-neuroradiologico-1/teleconsulto-neuroradiologico)		20

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)		10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Revisione della procedura di consegna del CD all'utenza	Evidenza della proposta		50
3	Controlli di appropriatezza delle prestazioni radiologiche erogate dalle strutture private accreditate	Valutazione della casistica individuata da P&C (attività semestrale)	In collaborazione con P&C	40
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
n.	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 95% (12.2.2.4)	Utero: mantenimento performance 2020 (89% su 45 interventi)		5
2	6.7 Tagli cesarei	% tagli cesarei primari dei PN II livello o N. parti >1000/anno ≤25%	Dato 2020: 19%	20
3	3.9.1 Percorso nascita: Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	- Collaborare alla revisione del protocollo aziendale - Evidenza biennale della casistica 2020-2021		5
4	6.7 Trasporto STAM e STEN- monitorare l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale con gli indicatori di cui al decreto 1733/2016	Report sull'attività realizzata		20
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020: 89%	5
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020: 94%	5
7	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020: 100%	25
8	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		10
8	Corretta codifica delle SDO di parto	Nel secondo semestre il 98% delle SDO alle quali è associato un Certificato di Assistenza al Parto deve avere un DRG di parto (compreso tra 370 e 374)	Dato 2020: 90,2%	5

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rete oncologica pediatrica (6.8)	Collaborare con IRCCS Burlo alla definizione della rete		10
2	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica (6.8)	Collaborare con IRCCS Burlo alla definizione del documento di trasporto pediatrico in emergenza		10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 96%	20
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 98%	20
5	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 95%	20
6	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	2.3 Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento (2.3)	Evidenza report attività al 30.9 e al 31.12.2021		10
2		Evidenza del numero di schede inserite per ciascun audit		10
3	2.13 Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro le scadenze definite con la DCS	Inserimento semestrale	20
4	6.7 Trasporto STAM e STEN- monitorare l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale con gli indicatori di cui al decreto 1733/2016	Report sull'attività realizzata		15
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 98%	10
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 99%	15
7	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	20

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Attuazione del progetto "Oncologia di precisione"	Relazione sulle attività effettuate		50
2	Garantire l'esecuzione delle richieste di citoassistenza e di diagnostica intraoperatoria presso gli ospedali spoke di Palmanova/Latisana con accessi in loco dedicati	Tutti gli accessi necessari ad evadere le richieste di citoassistenza e di diagnostica intraoperatoria presso gli ospedali spoke di Palmanova/Latisana sono stati effettuati.		25
3	Attuazione del progetto delle attività ROSE (Rapid On Site Evaluation) in telepatologia con strumentazione OCUS Scanner*	Relazione sui risultati ottenuti entro il 31.01.2022	* Si vedano gli allegati sul progetto.	25

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Attività del Centro di coordinamento Regionale Malattie Rare	Report attività al 31/12 entro il 15.1.2022		25
2	Coordinamento della rete di patologia	Report sull'attività svolta		25
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 96%	50

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	2.1 Lettura PAP-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata	>80% PAP -test refertati entro 21 gg dalla data del prelievo	Dato 2020= 97,8% (entro 21gg da data prelievo - dato ARCS)	20
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Attuazione del progetto "Oncologia di precisione"	Relazione sulle attività effettuate		40
3	Riconfigurazione catalogo offerta prestazioni di diagnostica anatomopatologica condivisa tra le due strutture	Pubblicazione della offerta presso il PO SMM		30
4	riorganizzazione del processo di smaltimento dei campioni biologici con formaldeide	Redaizione della procedura interna all'Istituto di Anatomia Patologica in collaborazione con il Servizio di prevenzione e Protezione		10

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 93%	20
2	Medicina di precisione: Utilizzo di un pannello multigenico per l'identificazione di mutazioni predisponenti alle neoplasie e possibilità di selezione dell'approccio terapeutico	Relazione sull'attività svolta		20
3	Organizzazione ed utilizzo di un ambulatorio specifico per prime visite di patologie cardiache a base genetica	Relazione sull'attività svolta		30
4	Utilizzo dell'esoma clinico per la valutazione di soggetti con probabile malattia monogenica	Relazione sull'attività svolta		30
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Medicina di precisione: identificazione parametri molecolari utili per prognosi/diagnosi/efficacia terapeutica	> 5 parametri entro dicembre 2021		30
2	Consolidamento di test eseguiti sulle piattaforme analitiche del Core Lab.	Avvio dialogo competitivo per la fornitura reagenti e strumenti per l'area siero		30
3	Identificazione di un Settore per l'avvio del processo di accreditamento secondo UNI EN ISO 15189 e avvio del percorso	Definizione del settore e messa a punto delle procedure per: - Gestione delle apparecchiature secondo UNI EN ISO 15189; - Gestione dei reagenti secondo UNI EN ISO 15189; - Gestione dei documenti di origine interna.		40

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Garantire l'attività di microbiologia h 24 / 7 gg / 7 gg	E' mantenuta l'operatività della struttura		50
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Segnalazione giornaliera microrganismi alert. Garantire l'informazione a tutti i P.O. di ASUFC.	Evidenza di una relazione dell'attività svolta		25
3	Verifica appropriatezza delle richieste degli esami destinati alla diagnostica microbiologica (nello specifico infezioni tratto gastrointestinale, infezioni torrente circolatorio).	Evidenza di una relazione dell'attività svolta (Garantire la verifica preanalitica giornaliera in laboratorio . Interazione con il personale infermieristico dell'ambulatorio della Microbiologia per quanto riguarda le informazioni da fornire ai pazienti esterni sulle modalità di raccolta, conservazione ed invio dei campioni)		25
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020= 96,5%	20
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020= 98%	30
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020= 99%	50
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita endocrinologica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	15
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 94%	20
4	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	20
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		25

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 100%	50
2	Miglioramento della compilazione delle schede di richiesta esami TDM	Relazione sull'attività svolta		25
3	Acquisire conoscenze relative al middleware Centralink	Relazione sull'attività svolta		25
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	30
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 98%	30
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	40

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	30
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 98%	30
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	40

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i verbali PS	Miglioramento performance 2020	dato 2020= 91%	40
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Miglioramento performance 2020	dato 2020= 86%	40
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	dato 2020= 100%	20
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 98%	25
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 100%	25
3	Compilazione e validazione entro i termini le SDO per i ricoveri ordinari ed in DH $> 98\%$	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 98%	25
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		25

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 98%	35
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 98%	35
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 98%	30

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 93%	50
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 97%	40
3	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	10

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 100%	20
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 96%	25
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99,5%	20
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		35

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	6.2 Rene Dialisi peritoneale Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare	Ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	Dati forniti dalla struttura	10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 99%	20
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 97%	15
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	20
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20
6	Attivazione di un percorso per la diagnostica Genetica delle Nefropatie per pazienti degenti ed ambulatoriali seguiti dalla SOC	Relazione che evidenzi l'avvio del percorso e i pazienti seguiti		5
7	Attivazione e gestione di una sala dialisi dedicata COVID per pazienti ambulatoriali del nostro Centro e degli altri Centri ASUFC in gestione ambulatoriale	Report che evidenzi il mantenimento dell'attività		5
8	Mantenimento in emergenza COVID del monitoraggio dei Trapiantati di rene di competenza con contatti telefonici	Relazione sul numero di contatti telefonici effettuati		5

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A erogati entro 30gg >= 90% (12.2.2.4)	Biopsia fegato: rispetto della performance		10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 97,5%	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 99%	15
4	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	>=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 98%	15
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		40

Totale punteggio assegnato

100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivi da P.A.			
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso
1	6.9 Mantenere l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati	E' garantito il mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2019-2020		10
2		E' garantita la raccolta complessiva di plasma con la quota del 45% del totale di 27.500kg (paria a 12.375 kg/anno)		10
3	6.9 Promuovere l'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive	Evidenza di report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali		10
4		Evidenza di audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale		10
5	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMT)		20
6	Sistemi barriera	Predisposizione relazione di fattibilità		20
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso
7	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente Dato 2020:	Dato 2020= 97%	20

Totale punteggio assegnato 100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivi da P.A.			
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso
1	6.9 Mantenere l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati	E' garantito il mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2019-2020		20
2		E' garantita la raccolta complessiva di plasma con la quota del 45% del totale di 27.500kg (paria a 12.375 kg/anno)		20
3	6.9 Promuovere l'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive	Evidenza di report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali		20
4		Evidenza di audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale		20
5	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMT)		10
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99,5%	10

Totale punteggio assegnato 100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivi da P.A.			
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso
1	6.9 Mantenere l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati	E' garantito il mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2019-2020		20
2		E' garantita la raccolta complessiva di plasma con la quota del 45% del totale di 27.500kg (paria a 12.375 kg/anno)		20
3	6.9 Promuovere l'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive	Evidenza di report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali		20
4		Evidenza di audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale		20
5	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMT)		10
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	10

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 99%	20
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	20
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	20
4	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		40

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita neurologica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA	15
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 96% Attenzione alla performance di struttura	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 96%	20
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	\geq 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 94%	15
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		30

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Ulteriori obiettivi				
Obiettivo		Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente Viene valutato un aumento di almeno 20 punti percentuali	Dato 2020= 33%	40
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 91%	30
3	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	10
4	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita neurologica	Valutazione finale con erogato non solo SIIASA. *Da gennaio 2020, su disposizione dell'allora Commissario DG dott. tonuttimi, l'organizzazione dell'offerta ambulatoriale neurologica (SOC e Clinica) è gestita dal prof. Gigli	15
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 98%	20
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2020= 96% Attenzione alla performance di struttura	10
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	25
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		30

Totale punteggio assegnato

100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.L.				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	7.9 Cartella oncologica informatizzata. La cartella dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95%	E' assicurata la compilazione dei campi della cartella oncologica per almeno il 95% dei pazienti	Dato 2020= 96%	10
Ulteriori obiettivi				
	Obiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente, al netto di episodi legati a malfunzionamenti del sistema	Dato 2020= 99%	10
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente . Il dato va considerato al netto delle firme digitali di turni D gestiti da medici in formazione, secondo la JOB description approvata.	Dato 2020= 98%	10
4	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	$\geq 98\%$ SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 99%	30
5	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		40

Totale punteggio assegnato 100

OBIETTIVI DI STRUTTURA 2021

Obiettivi da P.A.				
	Obiiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
1	7.9 Cartella oncologica informatizzata. La cartella dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95%	E' assicurata la compilazione dei campi della cartella oncologica per almeno il 95% dei pazienti	Dato 2020= 96%	25
Ulteriori obiettivi				
	Obiiettivo	Risultato atteso	Note	Peso dirig.
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2020= 99%	25
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2020= 99%	25
4	Compilare entro i termini la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2020= 100%	25
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100



Schede obiettivi 2021

PRESIDIO OSPEDALIERO LATISANA E PALMANOVA

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n. progr.	Obiettivi		Direttore	Ref.TSRM
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	20	20
2	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Revisione della procedura consulto neurologico spoke\hub tra SOC Radiologia e SOC Neuroradiologia del 27.11.2020 (https://intranet.asufc.sanita.fvg.it/documenti/teleconsulto-neuroradiologico-1/teleconsulto-neuroradiologico)	80	80
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord. TSRM	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Screening mammografico (2.2)	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >=80% o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 74,4%	20	20	20	20
2	Screening mammografico (2.2)	% di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10% Dato 2020: 9,4%	20	20		
3	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	20	20	30	30
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
4	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	20	20	50	50
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 100%	20	20		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)							
n. progr	Obiettivi da P.A.	Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto				
	Obiettivo	Risultati attesi							
1	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening (2.2)	% cartelle correttamente compilate ≥ 95% Dato 2020: 99%				20	20		
2	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello (2.2)	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg) ≥ 95% o miglioramento performance 2020 (tolti i casi giustificati) Dato 2020: 71,2%				20	20	30	30
3	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Gastroenterologica - Colonscopia (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)				10	10	10	10
4	Contenimento spesa farmaceutica - potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari (7.4)	% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni del farmaco (codice ATC L04AB02) utilizzate in reparto ≥ 97% (Fatte salve eccezioni documentabili - intolleranza...) Dato 2020: 97%				5	5		
5		% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni del farmaco (codice ATC L04AB04) utilizzate in reparto ≥ 90% (Fatte salve eccezioni documentabili - intolleranza...) Dato 2020: 90%				5	5		

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr	Ulteriori obiettivi		Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
6	Realizzazione corso PPI per il personale dirigente delle Medicine di Palmanova e Latisana	Entro il 31.12.2021 si è tenuto il corso PPI	10			
7	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	20	20	60	60
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 99,6%	10	20		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coordinat.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	6.9 Mantenere l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati	E' garantito il mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2019-2020	15	15	20	30
2		E' garantita la raccolta complessiva di plasma con la quota del 10% del totale di 27.500kg (paria a 2.750 kg/anno)	15	15	20	30
3		Mantenimento delle convenzioni extraregionali	40	40	10	
4	6.9 Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	Implementazione di tutti gli esami di validazione con accentrimento degli stessi	10	10	10	10
5		Allestimento attività congelamento emazie e inattivazione piastrinico	10	10	20	10
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
6	Mantenimento certificazione ISO 9001:2015	Evidenza delle attività previste	10	10	20	20
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n. progr.	Obiettivi da P.A.		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Ginecologica - Ecografia Ostetrica (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	10	10	10	10
2	Tagli cesarei primari e parti indotti - tagli cesarei primari nei PN con ≤ 1000 parti/anno: $\leq 15\%$ (6.7)	tagli cesarei primari nei PN con ≤ 1000 parti/anno: $\leq 15\%$ Dato 2020: 11,2%	5	5		
3	Gravidanze a basso rischio (6.7)	il personale identificato partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio			5	5
4	Trasporto in emergenza materno e neonatale (6.7)	Report sull'attività realizzata	5	5	5	5
5	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi chirurgici (12.2.2.4): intervento per tumore all'utero	% di interventi traccianti in classe A erogati entro 30gg $\geq 95\%$ (ai fini della valutazione si considerano i dati del 2° semestre)		5		
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
6	Predisposizione del documento sui percorsi Covid	Evidenza del documento	5		5	
7	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani $>70\%$	10	10	35	40
8	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici $>80\%$ (solo Ostetricia) (4°trimestre)	5	5	35	35
9	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) $\geq 80\%$ (4°trimestre)	5	5		
10	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 89,4%	10	10		
11	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020:92,3%	10	10		
12	Corretta codifica delle SDO di parto	Nel secondo semestre il 98% delle SDO alle quali è associato un Certificato di Assistenza al Parto deve avere un DRG di parto (compreso tra 370 e 374) Dato 2020: 99,6%	5	5		

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Ulteriori Obiettivi			Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
13	Compilazione delle SDO di IVG e aborto spontaneo in tempo utile da permettere alla Direzione Medica di Presidio il controllo della congruenza tra Schede Istat e SDO prima dell'invio delle Schede Istat alla Regione	Nel 2° semestre 2021 il 95% delle SDO di IVG e aborto spontaneo deve essere compilato entro il 10 del mese successivo alla dimissione	10	10		
14	Compilazione corretta delle Schede Istat di IVG e aborto spontaneo	Nel 2° semestre 2021 il 95% delle Schede Istat di IVG e aborto spontaneo non deve presentare errori di compilazione. Saranno considerate schede errate quelle che la Direzione Medica di Presidio rimanderà in reparto per la correzione prima dell'invio alla Regione	5	5		
15	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	10	10		
16	Predisposizione del PDTA multidisciplinare con la SC di pronto soccorso e medicina d'urgenza "Assistenza alla donna vittima di violenza sessuale"	Evidenza del PDTA	5	5	5	5
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n. progr.	Obiettivi da P.A.		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore	Dirigenza	Coord.inf.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica (2.3)	Partecipare all'evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti organizzato dal Burlo	5	5	5	5
2	Screening neonatale Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento (2.3)	Flusso informativo 100%	5	5	5	5
3	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione (2.13)	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione			5	5
4	Trasporto in emergenza neonatale (6.7)	Report sull'attività realizzata	5	5	5	5
5	Rete oncologica pediatrica (6.8)	Collaborare con IRCCS Burlo alla definizione della rete	5	5		
6	IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica (6.8)	Collaborare con IRCCS Burlo alla definizione del documento di trasporto pediatrico in emergenza	5	5		
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
7	Predisposizione del documento sui percorsi Covid	Evidenza del documento	10		25	
8	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	15	20	25	40
9	Completezza valutazione dolore (escluso nido)	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (4°trimestre)	15	20	30	40
10	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 80% (4°trimestre)	15	15		
11	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 98,7%	10	10		
12	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente Dato 2020: 99,4%	10	10		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

			Obiettivo incentivato (punteggio max. attribuito)		
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	RID	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi			
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Ortopedica - Visita Otorinolaringoiatrica - Audiometria - Cataratta - Iniezione intravitreale Valutazione finale con erogato non solo SIASA	20	20	20
Ulteriori Obiettivi					
	Obiettivo	Risultati attesi			
2	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70% (4° trimestre)	40	40	40
3	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (4°trimestre)	40	40	40
Totale punteggio attribuito			100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening (2.2)	% cartelle correttamente compilate ≥ 95% Dato 2020: 99%	10	10
2	Mammella: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Performance anno 2020: 90% (tot. interventi 70)	10	10
3	Colon: rispetto dei tempi di attesa per interventi in classe A (12.2.2.4)	% di interventi in classe A erogati entro 30gg ≥ 95% Colon (Performance anno 2020): 97% (tot interventi 35)	10	10
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi		
4	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 80% (4°trimestre)	10	10
5	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70% (4° trimestre)	10	10
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 98,1%	10	10
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente Dato 2020: 98,3%	10	10
8	Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni ≥ 70% (come da D.M. 70/2015) Valore 2020: 70,2%	10	10
9	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	10	10
10	Riorganizzazione attività chirurgica nei due ospedali in base alle indicazioni del PAL e Linee guida Regionali	Attività in day surgery nel presidio ospedaliero di Palmanova >90% Attività in regime di ricovero ordinario nel presidio ospedaliero di Latisana >90%	10	10
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Ortopedica (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	10	10
2	Frattura del femore: Trattamento entro 48h in almeno l'80% dei casi trattati (criterio Bersaglio) (6.1)	Miglioramento della performance rispetto al 2020 Dato 2020: 46%	10	10
3	Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h in almeno il 70% dei casi trattati (criterio Bersaglio) (6.1)	Miglioramento della performance rispetto al 2020 Dato 2020: 49,1%	10	10
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi		
4	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) \geq 80% (4° trimestre)	15	15
5	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani $>$ 70% (4° trimestre)	15	15
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 92%	10	10
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 94,2%	10	10
8	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore atteso \geq 98% SDO compilate e validate entro i termini Valore 2020: 98,1%	10	10
9	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	10	10
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	RID/Coord.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	6.1 Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) o miglioramento della performance 2020 Dato 2020: 60%	5	5	10	10
2	6.3 Trapianto e donazione	Attuazione PDTA trapianto di rene: evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto	25	25	10	10
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
3	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	25	25	80	80
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 95,8%	25	25		
5	Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte in diretta di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni di epoietine e darbepoetina (codice ATC: B03XA) utilizzate (Fatte salve le eccezioni documentabili – intolleranza...) ≥80%	20	20		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Cataratta - Iniezione intravitreale (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	15	15
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi		
2	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) \geq 70% (4°trimestre)	20	20
3	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani $>$ 70%	20	20
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 99,9%	15	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente Dato 2020: 100%	15	15
6	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	15	15
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Responsabile	Dirigenza
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Otorinolaringoiatrica - Audiometria (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	20	20
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi		
2	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) \geq 80% (4°trimestre)	10	10
3	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani $>$ 70%	10	10
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020. Dato 2020: 97,3%	15	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 96,6%	15	15
6	Spostamento di alcune attività di Day Surgery nella sede di Palmanova	Evidenza di inizio dello svolgimento di attività chirurgica nella sede di Palmanova	20	20
7	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Analisi puntuale degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	10	10
Totale punteggio attribuito			100	100

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord_inf	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Terapia del dolore - Tempi di attesa (3.7.1)	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità	5	5		
2	Terapia del dolore - Tempi di attesa: appropriatezza (3.7.1)	Analisi di appropriatezza sulle richieste pervenute nel mese di novembre 2021	10	10	20	20
3	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza (3.7.1)	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili	5	5	5	5
4	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale (3.7.1)	Evidenza di una relazione descrittiva sui livelli di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale agiti	10	10	10	10
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
5	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	15	15	35	35
6	Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria relativamente al timing	% di adeguatezza alla profilassi antibiotica perioperatoria ≥70% (4°trimestre)	10	10	30	30
7	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 94,8%	10	10		
8	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente Dato 2020: 100%	10	10		
9	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO)	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini Dato 2020: 77,8%	25	25		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

n. progr.	Obiettivi da P.A.		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore	Dirigenza	Coord_inf	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Terapia del dolore - Tempi di attesa (3.7.1)	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità	5	5		
2	Terapia del dolore - Tempi di attesa: appropriatezza (3.7.1)	Analisi di appropriatezza sulle richieste pervenute nel mese di novembre 2021	10	10	10	10
3	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza (3.7.1)	Realizzazione delle attività propedeutiche per l'utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020)	5	5	5	5
4	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale (3.7.1)	Evidenza di una relazione descrittiva sui livelli di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale agiti	5	5	5	5
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
5	Documento sulla presa in carico del paziente in terapia intensiva e semintensiva COVID	Evidenza del documento.	20		20	
6	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	15	20	30	40
7	Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria relativamente al timing	% di adeguatezza alla profilassi antibiotica perioperatoria ≥75% (4°trimestre)	15	20	30	40
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% lettere di referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 86,6%	15	25		
9	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 59,1%	10	10		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord_inf	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Cardiologica (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	20	20	20	20
2	6.2 Emergenze Cardiologiche	Relazione alla SC P&C sulle attività del P.A. Linea 6.2, di seguito riportate, con evidenza delle criticità attuative	40	30	20	20
	6.2.5 Emergenze cardiologiche - STEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pz.con diagnosi STEMI				
	6.2.7 Emergenze cardiologiche - NSTEMI: Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pz.con diagnosi NSTEMI				
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
3	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	10	15	60	60
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 99,7%	30	35		
			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Linea 6.2: Mantenimento/miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (criteri Bersaglio)	Miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al 2020 Dato 2020: 79,03%	10	10	10	10
2	Linea 6.2: Mantenimento/miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (criteri Bersaglio)	Mantenimento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% Dato 2020: 89,12%	10	10	10	10
3	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (6.2)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%	10	10	10	10
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
4	Predisposizione del documento sui percorsi Covid	Evidenza del documento	10		10	
5	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	10	15	20	25
6	Completezza valutazione del dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore dall'accesso in Pronto Soccorso >80% (4° trimestre)	10	15	20	25
7	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 50% (Area d'Emergenza; 4°trimestre)	10	10		
8	Applicazione bundle accessi venosi	% corretta gestione degli accessi venosi >90%			20	20
9	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 83,8%	10	10		
10	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 50%	10	10		
11	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO)	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini Valore 2020: 94,5%	10	10		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Linea 6.2: Mantenimento/miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (criteri Bersaglio)	Miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al 2020 Dato 2020: 59,23%	5	5	5	5
2	Linea 6.2: Mantenimento/miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (criteri Bersaglio)	Miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore rispetto al 2020 Dato 2020: 75,57%	5	5	5	5
3	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (6.2)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%	10	10	10	10
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
4	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	25	25	30	30
5	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore dall'accesso in Pronto Soccorso >80% (4° trimestre)	20	20	25	25
6	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 50% (Area d'Emergenza; 4°trimestre)	15	15		
7	Applicazione bundle accessi venosi	% corretta gestione degli accessi venosi >90%			25	25
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 92,2%	10	10		
9	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 84,1%	10	10		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord_inf	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Assistenza farmaceutica: Appropriata prescrizione Utilizzo farmaci biosimilari TO (3.4.2)	% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni di farmaco (codice ATC: A01AE04) utilizzate in reparto o prescritte in diretta >= 50% (Fatte salve le eccezioni documentabili - intolleranza...) Dato 2020: 0% farmaco biosimilare pienamente disponibile da quest'anno	25	25		
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
2	Realizzazione corso PPI per il personale dirigente medico delle Medicine di Palmanova e Latisana	Entro il 31.12.2021 si è tenuto il corso PPI	10			
3	Partecipazione al corso PPI	80% del personale dirigente medico ha partecipato al corso		10		
4	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	15	15	30	30
5	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (4°trimestre)	10	15	40	40
6	Applicazione bundle accessi venosi	% corretta gestione degli accessi venosi >90%			30	30
7	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 80%	10	15		
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 95,9%	15	10		
9	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente Dato 2020: 99,1%	15	10		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coord_inf	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Endocrinologica/Diabetologica - Visita di medicina interna (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	10	10	25	25
2	Assistenza farmaceutica: Appropriately prescrittiva Utilizzo farmaci biosimilari TO (3.4.2)	% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni di farmaco (codice ATC: A01AE04 - glargine ABASAGLAR in penna) utilizzate in reparto o prescritte in diretta >= 50% (Fatte salve le eccezioni documentabili - intolleranza...) Dato 2020: 0% farmaco biosimilare pienamente disponibile da quest'anno	15	15		
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
3	Documento sulla presa in carico del paziente in medicina COVID	Evidenza del documento.	15		10	
4	Realizzazione corso PPI per il personale dirigente medico delle Medicine di Palmanova e Latisana	Entro il 31.12.2021 si è tenuto il corso PPI cui ha partecipato almeno l'80%del personale dirigente medico	10	10		
5	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	10	15	35	35
6	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (4°trimestre)	10	15	20	20
7	Applicazione bundle accessi venosi	% corretta gestione degli accessi venosi >90%			10	20
8	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 80%	10	15		
9	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 98,3%	10	10		
10	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente. Valutazione solo nei mesi di gestione ordinaria. Dato 2020: 93,6%	10	10		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
n. progr.	Obiettivi da P.A.		Direttore	Dirigenza	Coordinat.	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita fisiatrica Valutazione finale con erogato non solo SIASA	20	20	5	5
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
2	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	10	10	15	15
3	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (4°trimestre)	20	20	30	30
4	Strutturare una modalità per la rilevazione dei TdA per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Evidenza della trasmissione mensile del file alla Programmazione e Controllo da settembre 2021			20	20
5	Collaborare con Programmazione e Controllo per ricollocare prestazioni presso le strutture private accreditate	Relazione sull'attività effettuata da inviare a Programmazione e Controllo			30	30
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente o miglioramento performance 2020 Dato 2020: 94,6%	30	30		
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente Dato 2020: 100%	20	20		
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

n. progr.	Obiettivi da P.A.		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
			Direttore	Dirigenza	Coord_inf	Comparto
	Obiettivo	Risultati attesi				
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: - Visita Oncologica (Valutazione finale con erogato non solo SIASA)	20	20	30	30
2	Contenimento spesa farmaceutica - potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari (7.4)	% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni del farmaco (codice ATC: L03AA) utilizzate in reparto o prescritte in diretta = 100% (Fatte salve le eccezioni documentabili - intolleranza...) Dato 2020: 100%	5	5		
3		% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni di farmaco (codice ATC: L01XC07) utilizzate in reparto o prescritte in diretta = 60% (Fatte salve le eccezioni documentabili - intolleranza...) Dato 2020: 0% farmaco biosimilare disponibile da quest'anno	5	5		
4		% di confezioni utilizzate in reparto e prescritte mediante piano terapeutico di farmaci biosimilari aggiudicatari di gara sul totale di confezioni di farmaco (codice ATC L03AA13) prescritte in diretta = 100% Dato 2020: 100% (Fatte salve le eccezioni documentabili - intolleranza...)	5	5		
5	Cartella oncologica informatizzata. La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (7.9)	% di completezza dei campi obbligatori ≥ 95% Dato 2020: 97,9%	20	20		
Ulteriori Obiettivi						
	Obiettivo	Risultati attesi				
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Dato 2020: 97,5%	15	15		
7	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >70%	15	15	35	35
8	Monitoraggio parametri (frequenza cardiaca e pressione arteriosa)	% di completezza della valutazione, relativamente ai farmaci che richiedono un monitoraggio ≥ 80%	15	15	35	35
Totale punteggio attribuito			100	100	100	100

Schede obiettivi 2021

PRESIDIO OSPEDALIERO

“ISTITUTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE GERVASUTTA” UDINE

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n. Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso obiettivo Direttore SOC/ Responsabile SOS di DPT
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020= 99%	20
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020= 100%	20
3	Strutturare una modalità per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Evidenza della trasmissione mensile del file alla Programmazione e Controllo da settembre 2021		20
4	Accreditamento all'eccellenza JCI: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		40

Totale punteggio assegnato

100

Presidio Ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)**DPT di Medicina Riabilitativa****SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione Generale****Direttore SOC: Emanuele Biasutti****SCHEDA OBIETTIVI 2021**

n. Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso obiettivo Direttore SOC/ Responsabile SOS di DPT
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	dato 2020= 89%	20
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020= 100%	20
3	Strutturare una modalità per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Evidenza della trasmissione mensile del file alla Programmazione e Controllo da settembre 2021		20
4	Accreditamento all'eccellenza JCI: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		40

Totale punteggio assegnato

100

Presidio Ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)

DPT di Medicina Riabilitativa

SOC Medicina Fisica e Riabilitazione- Unità Spinale

Direttore ff SOC: Emiliana Bizzarini

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Ulteriori Obiettivi				
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso obiettivo Direttore SOC/ Responsabile SOS di DPT
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020= 97%	20
2	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2020= 99%	20
3	Strutturare una modalità per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Evidenza della trasmissione mensile del file alla Programmazione e Controllo da settembre 2021		20
4	Accreditamento all'eccellenza JCI: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		40

Totale punteggio assegnato

100

Presidio Ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)

DPT di Medicina Riabilitativa

SSD Cardiologia Riabilitativa

Responsabile SOS di DPT: Marika Werren

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n. Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso obiettivo Direttore SOC/ Responsabile SOS di DPT
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020= 100% (Cardionet)	40
2	Accreditamento all'eccellenza JCI: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accREDITAMENTO	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		60
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Ulteriori Obiettivi				
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso obiettivo Direttore SOC/ Responsabile SOS di DPT
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	dato 2020= 97%	20
2	Accreditamento all'eccellenza JCI: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		80

Totale punteggio assegnato

100

Presidio ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)
DPT di Medicina Riabilitativa
SSD Unità Riabilitativa Turbe Neuropsicologiche Acquisite (URNA)

Responsabile f.f.: Laura Cecotti

SCHEMA OBIETTIVI 2021

Ulteriori Obiettivi				
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Peso obiettivo Direttore SOC/ Responsabile SOS di DPT
1	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente		20
2	Accreditamento all'eccellenza JCI: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento degli standard JCI ai fini del rinnovo dell'accreditamento	Evidenza delle attività svolte da relazione della DMP		80

Totale punteggio assegnato

100



Schede obiettivi 2021

STRUTTURE DELLA DIREZIONE GENERALE

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivi da P.A.	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
1	3.7.1. Tempi di attesa: - Realizzazione dei monitoraggi: - delle prestazioni di cui all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019; - dei volumi di attività istituzionale e libera professione; - dei tempi d'attesa della libera professione (monitoraggio ministeriale ALPI)	Evidenza dei monitoraggi realizzati e pubblicazione nella sezione reportistica aziendale	5	10
2	3.7.1. Tempi di attesa: Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa	E' adottato il Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa all'interno della programmazione annuale	10	10
Obiettivi PPCT 2021-2023				
3	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Trasmissione documenti per l'aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	10
4	Monitoraggio beni di consumo sanitari e non sanitari per centro di responsabilità (Scheda 9 – Allegato 1 – PTPC);	Pubblicazione di report di monitoraggio	10	10
5	Adozione procedura controlli sulle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, rese da soggetti privati accreditati (Scheda 27 – Allegato 1 – PTPC);	Proposta procedura entro il 30.09	30	10
Ulteriori Obiettivi				
6	Qualificazione della base dati relativa alla specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Avvio attività di ricognizione	10	15
7	Qualificazione delle base dati aziendali relativa registro operatorio	Evidenza trasmissione report	10	15
8	Mappatura dei processi di struttura	Compilare il file entro 15 settembre	10	10
9	Predisposizione dei conti economici di presidio in coerenza al Decreto ministeriale n. 13132 del 03/05/2019	Inserimento nella piattaforma NSIS dei CP	10	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>			100	100

DIREZIONE GENERALE

SOS COORDINAMENTO SORVEGLIANZA SANITARIA (DECR 914 23 .09)

Responsabile: Maurizio Treleani

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti	Comparto
Obiettivi da P.A.					
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note		
1	2.7 Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza)	Evidenza dell'inserimento del controllo nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile operanti all'interno di strutture aziendali.		50	50
Ulteriori Obiettivi					
	Obiettivo	Risultati attesi	Note		
2	Omogeneizzazione della sorveglianza sanitaria	Evidenza di un documento unitario di ASUFC per la gestione del processo con modalità uniforme della gestione della sorveglianza sanitaria		20	
3	Definizione dell'assetto organizzativo della sorveglianza sanitaria dei lavoratori rispetto alla coerenza normativa e al territorio ASUFC	Evidenza di un documento di ipotesi organizzativa condivisa con le strutture di SS esistenti inviato alla Direzione Generale		20	
4	Gestione e monitoraggio infortuni a rischio biologico	Evidenza dei controlli laboratoristici degli esposti a rischio dopo incidente biologico secondo procedure in atto	attività gestita in prevalenza dal comparto sanitario		30
5	Aggiornamento DVR	Collaborazione aggiornamento DVR Rischio Biologico in periodo pandemia covid	documentazione redatta in collaborazione tra SPP e medici competenti	5	10
6	Linee di lavoro in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione	Collaborazione alla realizzazione di una procedura aziendale sulla gestione degli infortuni	documentazione redatta in collaborazione tra medici competenti e SPP	5	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100

**DIREZIONE GENERALE
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Note	Comparto ex AAS2 e ex AAS3
Ulteriori Obiettivi				
1	Gestione delle segnalazioni dei cittadini	Evidenza delle segnalazioni ricevute e relativi percorsi dell'istruttoria		10
2	Assicurare la presenza dalle ore 8 alle ore 13, da lunedì a venerdì, presso i punti informativi per garantire una informazione aggiornata	Evidenza dell'attività		10
3	Gestione del sito web aziendale	Evidenza dell'attività; aggiornamento continuo anche in relazione alle esigenze comunicative		20
4	Rilevazione qualità percepita dei cittadini	Evidenza del report analisi dei dati		10
5	Attività ufficio stampa	Elaborazione, contatti con Regione, diffusione: evidenza dell'attività		20
6	Accessibilità	Relazione delle attività		10
7	Accreditamento all'eccellenza JCI dell' IMFR	Relazione con evidenza delle attività svolte		20

Totale punteggio assegnato

100



Schede obiettivi 2021

STRUTTURE DELLA DIREZIONE SANITARIA

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Peso obiettivo Direttore
Obiettivi da P.A. - Linea 6.6				
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	
1	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas		5
2	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali		5
3	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas		5
4	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM		5
5	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA		5
6	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT		5
7	Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG (<i>link professional</i>) per AFT		5
8	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)		15
9	Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica	Il materiale informativo è stato diffuso all'interno dell'ASUFC (la DCS provvederà alla predisposizione e distribuzione del materiale alle Aziende Sanitarie)		5
10	Rafforzamento della Rete del programma sull'uso sicuro dei farmaci	Identificazione di un referente MMG (<i>link professional</i>) per AFT		5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Peso obiettivo Direttore
11	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Partecipazione al gruppo di lavoro regionale, quando attivato		5
12	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Relazione del referente sulle attività svolte al 30.9 e al 31.12		5
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	
13	Attività in attuazione della DGR n. 182/2018	- Report, entro il 31/01/2022, sull'attività di controllo svolta sui ricoveri COVID presso le strutture private accreditate		5
14	Accreditamento all'eccellenza JCI del PO IMFR Gervasutta	Evidenza della visita di accreditamento con report conclusivo		25
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato	
Obiettivi da P.A.L. - Linea 6.6				Responsabile	Comparto
n.	Obiettivo	Risultati attesi PAL	Note		
1	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Evidenza dell'incontro per la partecipazione alla survey		5	5
2	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali per le strutture afferenti all'area ex AAS3		20	25
5	Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza dell'incontro per la compilazione dello strumento CARMINA		5	5
6	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche (pervenuti dalla DCS) nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT, per l'ex AAS3.		5	5
8	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS) per I PO afferenti all'area ex AAS3		20	25
9	Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica	Diffusione della informatica a seguito della consegna da parte della DCS		5	5
12	Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Partecipazione al gruppo di lavoro regionale		5	5
13	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Relazione del referente sulle attività svolte al 30.9 e al 31.12		5	5
Ulteriori Obiettivi					
	Obiettivo	Risultati attesi	Note		
14	Deroga punto nascita di Tolmezzo: collaborazione con la SOC Ostetricia nella predisposizione della relazione (controllo cartelle cliniche, compilazione check,...)	Evidenza delle relazioni richieste da parte della DCS		15	10
15	Avvio della CAC presso il POS di Gemona: collaborazione con la direzione del POS nella strutturazione del percorso	Avvio della CAC presso il POS di Gemona		15	10

Totale punteggio assegnato 100 100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n. pro gr.	Obiettivi da P.A.L.			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenti*	Comparto**
	Obiettivo	Risultati attesi/Indicatori	Note		
1	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita ortopedica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA		5
2	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: visita urologica	Valutazione finale con erogato non solo SIASA		5
3	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per la seguente prestazione: ecocolordoppler degli arti inferiori	Valutazione finale con erogato non solo SIASA		5
4	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (6.1)	Collaborare all'attuazione dell'obiettivo regionale (escluse prestazioni aggiuntive) per le seguenti prestazioni: visita gastroenterologica, esofagogastroduodenoscopia	Valutazione finale con erogato non solo SIASA		5
5	Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo (12.2)	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS		10	

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
6	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo (12.2)	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS		10	
Ulteriori Obiettivi					
	Obiettivo	Risultati attesi	Note		
7	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale		20	
8	Attivazione e consolidamento attività di procurement di cornee sulle due sedi del presidio osp. SD-TO	Attivazione nuovo percorso di procurement per la sede di SD al 31.12 (evidenza di almeno 2 potenziali donatori valutati); Consolidamento attività in essere per la sede di TO (evidenza di almeno 20 potenziali donatori valutati);			20
9	Mantenimento dell'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato	Collaborazione all'effettuazione dei controlli di appropriatezza		20	
10	Revisione delle agende per visita cardiologica	Evidenza della struttura delle agende con accesso differenziato tra B/D/P (diminuire posti in P e aumentarli in B/D)			20

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
11	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Coordinamento delle strutture di afferenza per la compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti		20	20
12	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Coordinamento delle strutture di afferenza per l'analisi degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo		20	20
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100

**comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura*

***comprende comparto Area DMO e Piattaforme servizi clinici e servizi ambulatoriali*

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Peso obiettivo Direttore SOC
n. progr.	Obiettivi da P.A.L.		Direttore
	Obiettivo	Risultati attesi	
1	12.2 Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS	10
2	Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS	10
n. progr.	Ulteriori obiettivi		
	Obiettivo	Risultati attesi	
3	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale	20
4	Mantenimento dell'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato	Collaborazione all'effettuazione dei controlli di appropriatezza	10
5	Accreditamento all'eccellenza JCI del PO IMFR Gervasutta	Evidenza del raggiungimento dell'accREDITAMENTO JCI	30

Presidio Ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)**SOC Direzione Medica di Presidio S.M.M. e I.M.F.R.****Direttore SOC: Luca Lattuada**

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Peso obiettivo Direttore SOC
6	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Coordinamento delle strutture di afferenza per la compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti	10
7	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Coordinamento delle strutture di afferenza per l'analisi degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>			100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n. prog. r.	Obiettivi da P.A.L.	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)					
		Direttore	Dirigenza	RISO	Coordiatrici/RID*	Comparto	
	Obiettivo	Risultati attesi					
1	12.2 Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS					
2	12.2 Ricognizione delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS					
3	6.6 Garanzia del monitoraggio degli obiettivi di rischio clinico e rete cure sicure FVG assegnati alle strutture del Presidio	Report annuale					
Ulteriori Obiettivi							
	Obiettivo	Risultati attesi					
4	Relazione complessiva sulle attività e azioni intraprese per la gestione dell'emergenza pandemica	Evidenza di relazione annuale					
5	Mantenimento dell'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato	Collaborazione all'effettuazione dei controlli di appropriatezza					
6	Adesione al progetto sul lavaggio delle mani	%adesione lavaggio mani < 70% (poliambulatorio Latisana)					
7	PPS	Effettuata rilevazione secondo indicazioni regionali					
8	Qualificazione della base dati della specialistica ambulatoriale e ricognizione delle modalità di registrazione	Coordinamento delle strutture di afferenza per la compilazione e trasmissione del format inviato dalla P&C sulle non conformità rilevate nelle modalità di registrazione entro i tempi previsti					
9	Registro operatorio: revisione delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Coordinamento delle strutture di afferenza per l'analisi degli errori rilevati da registro operatorio per la casistica inviata da programmazione e controllo					
		Totale punteggio assegnato	100	100	100	100	100

* RID dip Matinf., Emergenza, Medico

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Obiettivi da P.A.L.			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
			Direttore
n.	Obiettivo	Risultati attesi	
1	7.2 - Appropriata prescrizione - Inviare un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2021 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intravitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	Evidenza di due relazioni semestrali (entro 30/09/2021 e 15/04/2022) da cui si evincano le azioni intraprese in ambito territoriale	20
2	7.4 - Biosimilari - Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	Evidenza di un report di sintesi (entro il 15/04/2022) su schema fornito dalla Direzione Salute da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).	10
3	7.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali - Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta	Evidenza di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 30.09.21 ed entro il 15.04.22.	10
4	7.8 - Assistenza integrativa - Le Aziende monitorano: l'appropriatezza delle prescrizioni dei dispositivi monouso per pazienti diabetici e i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale (CGM, FGM e SAP)	Monitoraggio con dati di spesa di quanto dispensato nel corso del 2021	30

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
5	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 3. PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per il 95% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.</p> <p>Avviare azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>Monitoraggio della % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale che hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico; invio report alle strutture/distretti ed evidenza delle azioni intraprese per la sensibilizzazione dei prescrittori</p> <p>10</p>
6	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo.</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>Monitoraggio della % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti, invio report alle strutture/distretti ed evidenza delle azioni intraprese per la sensibilizzazione dei prescrittori</p> <p>10</p>

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
7	<p>3.4.10.1 - Farmacovigilanza - Assicurare le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.</p> <p>Assicurare l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.</p>	<p>Viene assicurato l'invio delle segnalazioni interne alle strutture ex ASUIUD di ASU FC ai RLFV e viene assicurata l'informazione ai reparti interni.</p> <p>10</p>
<i>Totale punteggio assegnato</i>		100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Obiettivi da P.A.L.				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Direttore
1	7.2 - Appropriata prescrizione - Inviare un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2021 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	Evidenza di due relazioni semestrali (entro 30/09/2021 e 15/04/2022) relative alle azioni intraprese nei setting ospedalieri ad alto impatto di spesa (Oncologia, Ematologia, Reumatologia)	La SOC Farmacia invia a SOC CG le relazioni previste.	20
2	7.4 - Biosimilari - Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	Evidenza di un report di sintesi (entro il 15/04/2022) su schema fornito dalla Direzione Salute da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).	La SOC Farmacia invia a SOC CG il report richiesto.	20
3	7.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali - Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta	Evidenza di due report, uno semestrale e una annuale (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 30.09.21 ed entro il 15.04.22.	La SOC Farmacia invia a SOC CG i report previsti.	10

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
4	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 1. REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantire appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro</p>	<p>1. Viene assicurata la registrazione, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, di tutti i dati richiesti per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.</p> <p>2. Viene assicurato l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi.</p> <p>3. Vengono effettuati monitoraggi/controlli periodici per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità.</p> <p>4. Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.</p>	<p>La SOC Farmacia</p> <p>1. Assicura la registrazione e l'inserimento dei dati richiesti per farmaci innovativi;</p> <p>2. Assicura l'invio richieste di rimborso (rilevabile su piattaforma AIFA) .</p> <p>3. inoltra ai prescrittori di farmaci oncologici ed ematologici iniettabili oggetto di registro di monitoraggio una mail settimanali di sintesi, in cui sono evidenziati gli criticità rilevate.</p> <p>4. assicura approfondimenti/verifiche come da richieste DCS</p>	10
5	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 3. PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per il 95% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.</p> <p>Avviare azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>Monitoraggio della % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale che hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico; invio report alle strutture con target $\leq 95\%$.</p>	<p>Dato % rilevato e comunicato dalla DCS, sulla base del quale saranno effettuate, se del caso, eventuali azioni di sensibilizzazione in quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico.</p>	10

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
6	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo.</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>Monitoraggio della % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti, invio report alle strutture con target < 70%.</p>	<p>Dato % rilevato e comunicato dalla DCS, sulla base del quale saranno effettuati eventuali azioni di sensibilizzazione in quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico.</p>	10
8	<p>7.10 - Farmacovigilanza - Assicurare le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.</p> <p>Assicurare l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.</p>	<p>- Mantenimento della % di segnalazioni online ≥ 90% sul totale segnalazioni ASUFC</p> <p>- codifica di inserimento corretta ≥ 80% sul totale segnalazioni ASUFC per i vaccini e farmaci COVID-19.</p>	<p>Dato % rilevato e comunicato dalla DCS.</p>	20

Totale punteggio assegnato

100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
Obiettivi da P.A.L.			SPTA	Comparto
n.	Obiettivo	Risultati attesi		
1	7.2 - Appropriata prescrizione - Inviare un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2021 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	Evidenza di due relazioni semestrali (entro 30/09/2021 e 15/04/2022) da cui si evincano: - 2 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa (monitoraggio spese ospedaliere e territoriali, leggasi DD, di oncologia e gastroenterologia); - Azioni intraprese per le categorie principali	20	20
2	7.4 - Biosimilari - Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	Evidenza di un report di sintesi (entro il 15/04/2022) su schema fornito dalla Direzione Salute da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).	10	10
3	7.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali - Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta	Evidenza di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 30.09.21 ed entro il 15.04.22.	10	10
4	7.8 - Assistenza integrativa - Le Aziende monitorano i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale (CGM, FGM e SAP)	Monitoraggio con dati di spesa di quanto dispensato nel corso del 2021	10	10

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
5	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 1. REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantire appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro</p>	<p>1. Viene assicurata la registrazione, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, di tutti i dati richiesti per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.</p> <p>2. Viene assicurato l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi.</p> <p>3. Vengono effettuati monitoraggi/controlli periodici per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità.</p> <p>4. Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.</p>	10	10
6	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 3. PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per il 95% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.</p> <p>Avviare azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>Monitoraggio della % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale che hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico; invio report alle strutture con target $\leq 95\%$.</p>	10	10

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
7	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo. Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>Monitoraggio della % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti, invio report alle strutture con target < 70%.</p>	10	10
8	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 5. FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti</p>	<p>Evidenza delle verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese. Mantenimento delle performance aziendali: - Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti). - Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>	10	10

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
9	<p>7.10 - Farmacovigilanza - Assicurare le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.</p> <p>Assicurare l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.</p>	<p>Viene assicurato l'invio delle segnalazioni interne alle strutture ex Bassa Friulana di ASU FC ai RLFV e viene assicurata l'informazione ai reparti interni.</p>	10	10
		<i>Totale punteggio attribuito</i>	100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

Obiettivi da P.A.L.				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				SPTA	Comparto
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note		
1	7.2 - Appropriata prescrizione - Inviare un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2021 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	Evidenza di due relazioni semestrali (entro 30/09/2021 e 15/04/2022) da cui si evincano: - gli obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa (monitoraggi ospedalieri) - gli obiettivi assegnati ai MMG (monitoraggi territoriali) - le azioni intraprese per le categorie principali		20	20
2	7.4 - Biosimilari - Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	Evidenza di un report di sintesi (entro il 15/04/2022) su schema fornito dalla Direzione Salute da cui si evincano: le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata).		10	10
3	7.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali - Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta	Evidenza di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 30.09.21 ed entro il 15.04.22.		10	10
4	7.8 - Assistenza integrativa - Le Aziende monitorano: l'appropriatezza delle prescrizioni dei dispositivi monouso per pazienti diabetici e i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale (CGM, FGM e SAP)	Monitoraggio con dati di spesa di quanto dispensato nel corso del 2021		10	10

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
5	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 1. REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantire appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro</p>	<p>1. Viene assicurata la registrazione, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, di tutti i dati richiesti per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta. 2. Viene assicurato l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi. 3. Vengono effettuati monitoraggi/controlli periodici per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità. 4. Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati.</p>		10	10
6	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 3. PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM per il 95% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS. Avviare azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>Monitoraggio della % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale che hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico; invio report alle strutture con target $\leq 95\%$.</p>		10	10

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
7	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo.</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>Monitoraggio della % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti, invio report alle strutture con target < 70%.</p>	10	10
8	<p>7.9 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica - 5. FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA</p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti</p>	<p>Evidenza delle verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese.</p> <p>Mantenimento delle performance aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti). - Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). <p>Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>	10	10

SCHEMA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
9	3.4.10.1 - Farmacovigilanza - Assicurare le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV. Assicurare l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA. Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.	Viene assicurato l'invio delle segnalazioni interne alle strutture ex AAS3 di ASU FC ai RLFV e viene assicurata l'informazione ai reparti interni.		10	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

N.	Obiettivo	Risultati attesi	Peso obiettivo	
			Direttore	Comparto ex aas3
Ulteriori Obiettivi				
1	Revisione agende ex azienda 3	Sono riviste le agende per visita di urologia, di ortopedia, di otorinolaringoiatria e di cardiologia	30	30
2	Strutturazione dell'offerta di chirurgia ambulatoriale sul distretto di Tarcento	Evidenza della configurazione effettuata coerente con le indicazioni della SOC P&C	15	10
3	Ri-configurazione firma digitale per l'istituto genetica medica	Evidenza del report di firma digitale (risoluzione criticità mail del 14 luglio 2021)	10	
4	Configurazione agende per il privato accreditato (nuovi erogatori e progettualità specifiche)	Evidenza attività	15	40
5	Revisione configurazioni RSA	Evidenza attività	30	20
<i>Totale punteggio assegnato</i>			100	100

DIREZIONE SANITARIA

SOS Servizio Professionale per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica

Responsabile: Antonietta Rossi

SCHEMA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)		
n. prog r.	Obiettivi Revisione organizzativa			MV - S	Comparto ex AAS3	Comparto ex AAS2
	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Note			
1.	Emergenza Pandemica: 1_a_attivazione reparti COVID presso l'ospedale Di San Daniele e il POS di Gemona 1_b_supportare, i reparti COVID dell'Ospedale di Udine con personale proveniente dalle strutture ex AAS3.	1_a_Evidenza avvio attività (revisione logistica e assegnazione risorse) 1_b_Evidenza assegnazione risorse	ex aas 3	15	30	
2.	Emergenza Pandemica: chiusura reparti COVID presso l'ospedale Di San Daniele e il POS di Gemona e riavvio delle attività ordinarie	Evidenza avvio attività (revisione logistica e assegnazione risorse)	ex aas 3	10	30	
3.	Analisi della dotazione aziendale di personale del comparto in riferimento agli standard di personale per l'area sanitaria (ospedaliera, distrettuale e della prevenzione) della Regione FVG di cui al Decreto del Direttore dell'Area dei servizi di assistenza ospedaliera della DCS n. 1704/SPS del 28/11/2017	Evidenza di un documento di analisi	ex aas 3	25	40	
1.	Emergenza Pandemica: 1_a_attivazione reparti COVID presso l'ospedale di Palmanova	1_a_Evidenza avvio attività (revisione logistica e assegnazione risorse) 1_b_Evidenza assegnazione risorse	ex aas 2	15		30
2.	Emergenza Pandemica: chiusura reparti COVID presso l'ospedale di Palmanova e riavvio delle attività ordinarie	Evidenza avvio attività (revisione logistica e assegnazione risorse)	ex aas 2	10		20
3.	Analisi della dotazione aziendale di personale del comparto in riferimento agli standard di personale per l'area sanitaria (ospedaliera, distrettuale e della prevenzione) della Regione FVG di cui al Decreto del Direttore dell'Area dei servizi di assistenza ospedaliera della DCS n. 1704/SPS del 28/11/2017	Evidenza di un documento di analisi	ex aas 2	25		30
4.	Collaborare nelle attività di monitoraggio degli obiettivi di rischio clinico e rete cure sicure FVG assegnati alle strutture del P.O. Latisana e Palmanova	Report annuale	ex aas 2			20
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Obiettivi da P.A. - Linea 6.3				Obiettivo incentivato
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	
1	Accordo stato regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto in seguito al formale recepimento regionale	Relazione al 30.9 entro il 15.10 e al 31.12 entro il 15.1.2022 sull'attuazione dell'accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto con la definizione della responsabilità dei programmi: - Cuore;- Fegato;- Rene		10
2	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Collaborare all'inserimento nella pagina web delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a - Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione - Donazione di sangue ed emoderivati - Donazione Cellule Staminali - Donazione di organi - Donazione di tessuti	obiettivo condiviso con URP	30
3	Attività del Centro Regionale Trapianti	Report semestrale		35
Ulteriori Obiettivi				
	Obiettivo	Risultati attesi	Note	
4	Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	Report sull'attività di segnalazione al 30.9 entro il 15.10 e al 31.12 entro il 15.1.2022	Standard definiti: 5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni.	25

Totale punteggio assegnato

100



Schede obiettivi 2021

STRUTTURE AMMINISTRATIVE

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
Obiettivi da P.A.				
1	5.3 Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche (vedi anche ob. 3.9.5)	Sono individuati, sulla base del regolamento aziendale, i soggetti con cui si procederà alla convenzione	10	10
2	5.4 Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG	Evidenza delle valutazioni formali e successivi convenzionamenti con riferimento alle richieste di valutazione pervenute in tempo utile	5	5
3	5.5 Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria da garantire	Evidenza della partecipazione/collaborazione al gruppo tecnico ove costituito e convocato	5	5
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
4	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	15	15
5	Istituzione del Registro degli accessi dell'ASUFC tenendo conto delle tre sezioni sull'accesso generalizzato, accesso civico e accesso ex. L. 241/1990, ricomprendendo anche le richieste di accesso 2020	Pubblicazione nella sezione "Altri contenuti" sotto-sezione "Accesso civico" del link "Amministrazione trasparente"	15	15
Ulteriori Obiettivi				
6	Gestione protocollo	Mantenimento livelli di attività a fronte cessazione di 2 unità a decorrere dal 1 ottobre	5	5
7	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	45	45
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto ex AAS 3 e ex AAS2
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
1	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e richiesta di pubblicazione alla SOC Gestione Risorse Umane come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	10	10
Ulteriori Obiettivi				
2	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	30	30
3	Proposta di decreto per l'approvazione di un regolamento per l'affidamento degli incarichi di patrocinio legale ad avvocati esterni all'ente e dell'avviso per la manifestazione di interesse, ai fini della successiva formazione di un elenco a seguito della costituzione dell'ASUFC dal 01.01.2020 e del nuovo assetto organizzativo provvisorio	Entro il 31.12.2021 proposta di decreto per l'approvazione del regolamento per l'affidamento degli incarichi di patrocinio legale ad avvocati esterni all'ente, dell'avviso per la manifestazione di interesse, della domanda e del disciplinare di incarico ai fini della successiva formazione di un elenco	30	20
4	Ricognizione dei crediti non riscossi derivanti dal contenzioso delle cessate aziende	Entro il 31.12 comunicazione al debitore dell'avvio della procedura di recupero dei crediti derivanti da contenzioso tramite la compensazione legale	15	20
5	Ricognizione dei crediti nei confronti di Arcss relativi a sinistri ex Aas 3	Entro il 31.12 conclusione istruttoria con reperimento della documentazione esistente presso uffici diversi di almeno 20 posizioni creditorie per la successiva richiesta di rimborso ad Arcs	15	20
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
1	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	10	10
2	Tutte le procedure di gara indette da ASUFC a partire dalla data di adozione del PPCT 2021-2023 prevedono la sottoscrizione del patto di integrità da parte dei concorrenti.	Evidenza del patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi	10	10
3	Inserimento della dicitura "o equivalente" in tutte le comunicazioni di fabbisogno all'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (Scheda 9 – Allegato 1 – PTPC);	Evidenza dicitura a partire dai fabbisogni segnalati dal 1 gennaio 2021	10	10
4	Adozione regolamento gestione autoparco con evidenza della separazione fra i soggetti che liquidano le fatture e i soggetti consegnatari che controllano i lavori eseguiti e assegnazione budget a ciascun consegnatario (Scheda 10 – Allegato 1 – PTPC)	Adozione Regolamento aziendale per la gestione dell'autoparco entro 31 dicembre 2021	10	10
Ulteriori Obiettivi				
5	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	10	10
6	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	50	50
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Peso obiettivi		
Ulteriori Obiettivi		Direttore	Comparto	
	Obiettivo	Risultati attesi		
1	Gestione amministrativa del PPI di Lignano (interpretariato e incassi prestazioni)	E' assicurato il servizio di interpretariato (periodo estivo con contratto di somministrazione) e di incasso presso il PPI di Lignano	20	20
2	Adempimento attività di recupero crediti sui controlli di autocertificazioni effettuate dai nuclei di Guardia di Finanza	E' effettuato il recupero crediti ticket sul 100% dei verbali pervenuti dai Nuclei di Guardia di Finanza di Palmanova, Latisana e San Giorgio di Nogaro	10	10
3	Coordinamento del gruppo di lavoro preposto alla predisposizione di una procedura unica aziendale in materia di recupero crediti e alla conseguente stesura del relativo regolamento aziendale	Formalizzazione delle riunioni del gruppo di lavoro con indicazione dell'attività svolta. Predisposizione di una procedura unica aziendale in materia di recupero crediti.	30	
4	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	20	30
5	Revisione agende in collaborazione con SC P&C	Evidenza dell'attività svolta		20
6	Esternalizzazione servizio Cup ospedale Latisana-Palmanova	Gli sportelli Cup di Latisana-Palmanova sono operativi secondo le modalità previste nel capitolato	20	20
		<i>Totale punteggio assegnato</i>	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
Obiettivi da P.A.				
1	8.10 Gruppo Privacy in Sanità: partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario	Evidenza della partecipazione agli incontri	5	5
2	Avvio formazione dipendenti in materia di Privacy	Attivazione del Corso privacy in modalità FAD entro 31 dicembre 2021	5	5
3	Creazione registri previsti dalla normativa Privacy: accountability; istanze interessati; violazione dati personali; nomine responsabili del trattamento ex art.28 GDPR	Evidenza della costituzione dei registri entro 31 dicembre 2021	10	10
<i>Mobilità Sanitaria Internazionale (Linee annuali per la gestione SSR 2021_ Delibera G.R. n.189 del 12.02.2021_ Linea 14.2.3)</i>				
4	Unificazione delle referenze aziendali EESSI preesistenti nelle tre ex aziende confluite in ASU FC	Avvenuta comunicazione alla DCS FVG, con individuazione ed assegnazione referenza aziendale EESSI per ASU FC, entro 28 febbraio 2021	5	5
5	Compensazione delle prestazioni erogate a pazienti esteri a termini del sistema EU di Mobilità sanitaria internazionale e degli Accordi Internazionali bilaterali - implementazione sistemi ministeriali per la Assistenza Sanitaria Paesi Esteri (ASPE UE ed ASPE C)	Invio alla Regione, tramite gli applicativi ASPE UE ed ASPE C, delle competenze 2020 (COSTO-turisti e COSTO-ex forfait) , entro le scadenze fissate dalla Regione	5	5
6	Assistenza Sanitaria Transfrontaliera ai sensi della Direttiva Comunitaria 2011/24/UE	Invio alla Regione del reporting sull'assistenza sanitaria transfrontaliera - dati 2020, entro le scadenze fissate dalla Regione	5	5

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO
 SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA - P.O. San Daniele e Tolmezzo
 SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA - P.O. SMM e IMFR "GERVASUTTA"
 SOSD GESTIONE AMMINISTRATIVA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Direttore: Stefano Bergagna
 Direttore: Stefano Bergagna
 Direttore ad interim : Stefano Bergagna
 Responsabile ad interim: Stefano Bergagna

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
7	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	5
8	Revisione delle procedure di autorizzazione dell'Attività Libero Professionale	Proposta di procedura aziendale per incompatibilità e/o ammissibilità dell'attività libero-professionale dei dirigenti medici che svolgono attività ispettive e di controllo sul territorio di competenza di ASUFC (Scheda 24 – Allegato 1 – PTPCT) entro 31/12/2021.	5	5
Ulteriori Obiettivi				
10	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli economici (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	5	5
11	Mappatura dei processi strutture amministrative Dipartimento	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	30	30
12	Avvio procedure per la costituzione della commissione paritetica attività libero professionale a livello Aziendale (organismo Promozione e verifica)	Proposta entro il 31/12/2021	20	20
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
Obiettivi da P.A.				
1	4.2.8 Posti letto convenzionati nelle residenze per anziani Garantire la riassegnazione dei posti letto già convenzionati divenuti disponibili a seguito di chiusura o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani	Gli eventuali posti letto disponibili convenzionabili disponibili sono stati riassegnati. Inviare report	30	30
2	4.2 Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti	10	10
3		Liquidazione dei budget di salute attivati per le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	10	30
Obiettivi PPCT 2021-2023				
4	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	10	20
5	Approvazione procedura controlli sull'esecuzione degli accordi contrattuali con le strutture residenziali per anziani non autosufficienti (Scheda 26 – Allegato 1 – PTPC)	Proposta procedura controlli entro 31.10.2021 ed adozione entro il 31.12.2021	10	
Ulteriori Obiettivi				
6	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	30	10
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
Obiettivi da P.A.				
1	8.3.1 Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate	10	
2	14.2.10 Gestione fondi statali COVID-19	Alimentazione contabilità analitica per centri di attività. I documenti con imputazione contabile puntuale sono iscritti ai Centri di attività "COVID19" come da indicazione dei Responsabili Centri di Risorsa - entro la chiusura del bilancio 2021	20	30
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
3	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	20	
Ulteriori Obiettivi				
4	Corretta gestione Piattaforma certificazione crediti (PCC) ai fini della riduzione della differenza tra il debito scaduto comunicato e quello calcolato dalla PCC (linea 14.2.9)	Effettuazione, prima della chiusura dell'esercizio, delle verifiche previste: - comunicazione dei tempi di sospensione, quando dovuta - comunicazione della data di scadenza delle fatture mediante OPI e, in particolare, per le fatture antecedenti al 1° luglio 2020 e per quelle a 60 giorni che al 31 dicembre risulterebbero scadute; - chiusura fatture stornate e relative note di credito nonchè delle fatture ancora in lavorazione per pochi centesimi - corretta contabilizzazione e caricamento dei debiti commerciali e/o richieste equivalenti di pagamento	10	20
5	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	20	

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
6	Attività di competenza Soc GREF propedeutica all'attivazione del servizio di Tesoreria con il nuovo operatore economico Intesa Sanpaolo spa	Predisporre i dati, modelli e quanto di competenza dell'Ufficio Entrate e dell'Ufficio Pagamenti per la trasmissione al nuovo Istituto Tesoriere	20	20
7	Conti Giudiziali a denaro ASUFC 2020	Verifica dei modelli/prospetti di rendiconto pervenuti dagli Agenti Contabili a Denaro: Casse Cup ex AAS3 e ex AAS2 al fine della parifica con i dati di contabilità esercizio 2020 entro il 30.11.2021		30
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Peso obiettivo incentivato Comparto ex AAS2 e AAS3
Obiettivi da P.A.L.			
1	Stabilizzazione del personale precario (Linea 11.1.9)	Completamento delle procedure di ricognizione ai sensi del D. Lgs. 75/2017	5
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)			
2	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5
3	Trasmissione dei provvedimenti di condanna anche non definitiva per uno dei reati previsti nel Titolo II, Capo I del libro secondo del Codice Penale (Delitti contro la Pubblica Amministrazione) a: - dipendente interessato - Responsabile Prevenzione Corruzione - Responsabili strutture deputate all'acquisizione di lavori, beni e servizi; - Responsabili strutture deputate all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidei, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualsiasi genere; (pag.18 – PTPC)	Evidenza del n. di trasmissioni effettuate in attuazione dell'obiettivo	5
4	Pubblicazione sul sito aziendale dei riferimenti della ditta aggiudicataria dei servizi di somministrazione lavoro interinale e richiesta alla ditta di invio di almeno 3/5 (in base alla professionalità ricercata) curriculum per ogni posizione da ricoprire; formalizzazione della selezione dei curriculum esaminati (Scheda 1 – Allegato 1 – PTPC);	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni; verifica a cura RPCT	5
5	Adozione regolamento aziendale che disciplina le selezioni per borse di ricerca (Scheda 2 – Allegato 1 – PTPC);	Proposta di regolamento entro 31 dicembre 2021	5
6	Inserimento sul verbale di concorso di specifica attestazione che certifichi che gli oggetti delle prove sono stati definiti dalla Commissione in modalità collegiale ed immediatamente prima dell'inizio delle prove (Scheda 4 – Allegato 1 – PTPC)	Tutti i verbali di concorso contengono l'attestazione	5
Ulteriori Obiettivi			
7	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli economici (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	30
8	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	30
9	Sistema di misurazione e valutazione della performance	Collaborare alla definizione del nuovo SMVP	10

Totale punteggio assegnato

100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Comparto
Obiettivi da P.A.			
1	1.1 Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano	15
2	3.1 Sistemi di valutazione MMG	La liquidazione dei compensi susseguenti alla valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG viene effettuata entro il mese successivo alla decisione in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN.	15
3	3.1 Riallocazione delle quote attualmente inutilizzate per i MMG entro il tetto economico sostenuto al 31.12.2013 complessivamente per le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio.	Autorizzazione diretta all'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità entro il secondo mese successivo alla riunione del Comitato MMG che ne valuta l'ammontare.	15
4	3.1 Istituzione delle AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie	Individuare ed istituire le AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie con definizione del Regolamento per il funzionamento interno di AFT entro il 31.03.2021. Predisposizione di una bozza di regolamento dopo l'insediamento del Comitato.	5
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)			
5	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	15

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Comparto
Ulteriori Obiettivi			
6	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	15
7	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	20
Totale punteggio attribuito			100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
				Dirigenza	Comparto
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)					
1	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	Verifica da parte della RPCT	5	5
Obiettivi da P.A.					
2	Programmazione della formazione da PFR	Realizzare almeno un corso di Area Clinico assistenziale e un corso di Area Emergenza		5	5
3	Programmazione della formazione da PFA	Elaborazione della Revisione e Integrazione del PFA nel rispetto del format predisposto, in relazione allo scenario pandemico, alle priorità strategiche e alla complessiva sostenibilità di sistema entro il 31/03/2021		25	20
3	Programmazione aziendale della formazione	Redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31/5/2021		10	5
4	Organizzare corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa	Invio delle progettualità alla DCS in ottemperanza al D.G.R e all'Avviso regionale entro il 31/12/2021		15	10
5	Organizzare un corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Invio della progettualità alla DCS in ottemperanza al D.G.R e all'Avviso regionale entro il 31/12/2021		10	10
6	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di gestione della formazione, assieme all'azienda pilota (nuovo applicativo gestionale della Formazione TOM)	Presenza del 90% alle convocazioni ai tavoli regionali		10	10
7	Attuare la formazione prevista dalle linee progettuali del Piano Attuativo 2021	Relazione su attività svolta al 30.9 entro il 15.10 e al 31.12 entro il 15.1.2022		15	25

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
n.	Obiettivo	Risultati attesi	Note	Dirigenza	Comparto
Ulteriori Obiettivi					
8	Processi di riorganizzazione e Integrazione di percorsi formativi in alcune aree	Attivazione di almeno due corsi trasversali alle 4 sedi della Formazione		5	10
Totale punteggio attribuito				100	100



Schede obiettivi 2021

DIPARTIMENTO TECNICO

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
n.	Obiettivo	Risultati attesi/ indicatori	
Obiettivi da P.A./Piani Investimenti			
1	1.2 Attuazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera	Evidenza dell'attività al 30.9 entro il 15.10.2021 e al 31.12 entro il 20.1.2022	10
2	9.7 Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Entro il 30/6/2021: - effettuare una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso; - in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predisporre e trasmettere alla Direzione centrale salute ed ad ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate – per l'adeguamento di gestione contabile necessario.	10
3	Attuazione Piano Investimenti 2021	Evidenza di 2 report: - attuazione al 30.9 entro il 15.10.2021 - attuazione al 31.12 entro il 20.1.2022	10
3a	Avanzamento lavori III e IV Lotto Pad 15	Avanzamento opere strutturali maggiore del 70%	10
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)			
4	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	10
5	Acquisizione patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi (pag.20 PTPC)	Evidenza del patto in tutte le procedure	10
6	Adozione procedura aziendale in materia di controlli sull'esecuzione dei lavori di manutenzione dei beni immobili (Scheda 14 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	10

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
n.	Obiettivo	Risultati attesi/ indicatori	
7	Adozione procedura aziendale che definisca i compiti del RUP in materia di controlli sulla realizzazione dei lavori e sull'approvazione delle varianti (Scheda 13 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	10
Ulteriori Obiettivi			
8	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	10
9	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	10
Totale punteggio attribuito			100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
n.	Obiettivi da P.A./Piani Investimenti			
1	8.11 Implementazione del PACS secondo indicazioni regionali	Sono assicurate le attività previste dalla programmazione regionale ed è assicurata la rendicontazione in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali	5	
2	9.6.1 Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Entro il 31.10.2021	10	30
3	9.6.2 Aggiornare la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	Entro il 31.12.2021	10	30
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
4	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	
5	Acquisizione patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi (pag.20 PTPC)	Evidenza del patto in tutte le procedure	5	
6	Registrazione della valutazione HTA sul sistema informatico GIT per tutti gli acquisti di attrezzature sanitarie effettuati dal 1 gennaio 2021 (Scheda 11 – Allegato 1 – PTPC);	Valutazione HTA registrate sul sistema GIT	5	5
7	Adozione procedura di controllo sulle segnalazioni di necessità di manutenzione non programmata ovvero di dismissione dell'attrezzatura, pervenute dalla ditta che effettua il servizio di manutenzione delle attrezzature sanitarie (Scheda 12 – Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	10

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
Ulteriori Obiettivi				
8	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	10	
9	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	25	25
10	Completamento delle procedure di acquisto delle tecnologie ad installazione fissa per le nuove sale operatorie di ostetricia e ginecologia (pad 7 Petracco)	Adozione determina di aggiudicazione entro 31.12.2021	10	
11	Allestimento tecnologico nuovo ambulatorio pediatrico ad accesso diretto (pad 7 Petracco)	Collaudo tecnologie entro 31.12.2021	10	
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Dirigenza	Comparto
n.	Obiettivi da P.A./Piani Investimenti			
1	Attuazione degli interventi edili-impiantistici di competenza della struttura	Evidenza di relazioni periodiche sugli interventi attuati: - attuazione al 30/9 entro il 15/10 - attuazione al 31/12 entro il 20/01/2022	5	5
2	Attivazione nuovi spogliatoi per personale sanitario presso l'ex archivio cartelle cliniche del PO di Sna Daniele del Friuli	Entro il 31 ottobre 2021	5	5
3	Attivazione percorso riabilitativo (1° lotto) circostante il POS di Gemona del Friuli	Entro il 31 ottobre 2021	5	5
4	Attuazione intervento denominato "Ampliamento del Distretto di Tarcento e ristrutturazione della sede"	Approvazione progetto di fattibilità tecnica ed economica ed invio al NVISS per il parere di competenza entro il 30.09.2021	5	5
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
5	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	5
6	Acquisizione patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi (pag.20 PTPC)	Evidenza del patto in tutte le procedure	5	5
7	Adozione procedura aziendale che definisca i compiti del RUP in materia di controlli sulla realizzazione dei lavori e sull'approvazione delle varianti (Scheda 13 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	5
8	Adozione procedura aziendale in materia di controlli sull'esecuzione dei lavori di manutenzione dei beni immobili (Scheda 14 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Dirigenza	Comparto
Ulteriori Obiettivi				
9	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC P&C in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	10	10
10	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	50	50
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
n.	Obiettivi da P.A./Piani Investimenti			
1	Attuazione degli interventi edili-impiantistici di competenza della struttura	Evidenza di relazioni periodiche sugli interventi attuati: - attuazione al 30/9 entro il 15/10 - attuazione al 31/12 entro il 20/01/2022	5	5
2	Attuazione piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera: Pronto Soccorso e T.I. di Palmanova	Affidamento servizi di ingegneria e architettura e avvio progettazione entro il 31/12/2021	5	5
3	Attuazione piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera: Pronto Soccorso e T.I. di Latisana	Affidamento servizi di ingegneria e architettura e avvio progettazione entro il 31/12/2021 subordinatamente alla precisazione del nuovo assetto dei reparti in questione nell'ambito del plesso ospedaliero	5	5
4	Adeguamento antincendio dell'Ospedale di Palmanova	Affidamento servizi di ingegneria e architettura e avvio progettazione entro il 31/12/2021	5	5
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
5	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	5
6	Acquisizione patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi (pag.20 PTPC)	Evidenza del patto in tutte le procedure	5	5
7	Adozione procedura aziendale che definisca i compiti del RUP in materia di controlli sulla realizzazione dei lavori e sull'approvazione delle varianti (Scheda 13 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	5
8	Adozione procedura aziendale in materia di controlli sull'esecuzione dei lavori di manutenzione dei beni immobili (Scheda 14 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
	Obiettivo	Risultati attesi	Dirigenza	Comparto
Ulteriori Obiettivi				
9	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	10	10
10	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	50	50
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
Obiettivi da P.A./Piani Investimenti				
1	Attuazione degli interventi edili-impiantistici di competenza della struttura	Evidenza di relazioni periodiche sugli interventi attuati: - attuazione al 30/9 entro il 15/10 - attuazione al 31/12 entro il 20/01/2022	5	5
2	Attuazione piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera: Adeguamento pronto soccorso esistente	Affidamento servizi di ingegneria e architettura e avvio progettazione entro il 31/12/2021	5	5
3	Attuazione piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera: Realizzazione posti letto di Terapia semintensiva pad. 1 "Ingresso"	Affidamento servizi di ingegneria e architettura e avvio progettazione entro il 31/12/2021	5	5
4	Attuazione piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera: Lavori di manutenzione straordinaria per realizzazione posti letto di Terapia intensiva presso il padiglione n. 1 "Ingresso"	Affidamento servizi di ingegneria e architettura e avvio progettazione entro il 31/12/2021	5	5
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)				
5	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	5
6	Acquisizione patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi (pag.20 PTPC)	Evidenza del patto in tutte le procedure	5	5
7	Adozione procedura aziendale che definisca i compiti del RUP in materia di controlli sulla realizzazione dei lavori e sull'approvazione delle varianti (Scheda 13 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	5
8	Adozione procedura aziendale in materia di controlli sull'esecuzione dei lavori di manutenzione dei beni immobili (Scheda 14 - Allegato 1 – PTPC);	Evidenza procedura entro 31 dicembre 2021	5	5

SCHEDA OBIETTIVI 2021

n.	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Dirigenza	Comparto
Ulteriori Obiettivi				
9	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	10	10
10	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	50	50
Totale punteggio attribuito			100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

		Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)			
	Obiettivo	Risultati attesi/indicatori	Direttore	Dirigenti	Comparto
Obiettivi da P.A./Piani Investimenti					
1	Censimento dei sistemi informatici aziendali da integrare con gli asset regionali (Linea 8.6)	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/10/2021	20	20	20
2	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti (Linea 8.9)	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021	10	20	20
3	Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.) (Linea 8.9)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021	10	20	20
Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)					
4	Amministrazione trasparente: obblighi di pubblicazione come da elenco allegato al PTPCT 2021-2023	Aggiornamento e pubblicazione come da indicazioni/tempistiche di cui all'allegato 3 del PTPCT	5	5	10
5	Acquisizione patto di integrità sottoscritto dai concorrenti in tutte le procedure pubbliche per l'aggiudicazione di lavori, beni e servizi (pag.20 PTPC)	Evidenza del patto in tutte le procedure	5	5	10
Ulteriori Obiettivi					
6	Monitoraggio dei costi nel rispetto dei vincoli gestionali (disposizioni nazionali e regionali)	Relazione trimestrale da inviare alla SOC PC in coerenza con la tempistica dei rendiconti regionali, salvo diverse disposizioni comunicate dalla DCS/ARCS	20	10	20
7	Mappatura dei processi strutture amministrative	Inviare il file compilato entro il 15 settembre 2021	30	20	
Totale punteggio attribuito			100	100	100

Schede obiettivi 2021

STRUTTURE DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Obiettivo incentivato
(punteggio max attribuito)

Servizio sociale dei Comuni dell'ambito territoriale del Gemonese e del Canal del Ferro-Val Canale

n. progr	Obiettivo dell'Area Adulti-Anziani e dell'Area Educativa	Indicatori	Risultati attesi	Peso
1	Garantire ad anziani e adulti in condizione di vulnerabilità aggravata dalle conseguenze della pandemia opportunità di relazione, socializzazione e stimolazione culturale/cognitiva in presenza	Realizzazione di almeno 100 incontri in piccolo gruppo	Anziani e adulti in condizione di vulnerabilità: - si incontrano periodicamente in presenza, riattivando le proprie relazioni con altri adulti/anziani e con gli operatori; - beneficiano di spazi di espressione individuale, ascolto e supporto; - ricevono stimoli di tipo culturale, artistico, cognitivo, ecc.	15
2		Almeno 30 anziani e adulti in condizione di vulnerabilità partecipano agli incontri		10
	Obiettivo dell'Area della Famiglia e dell'Età Evolutiva e dell'Area Educativa	Indicatori	Risultati attesi	Peso
3	Garantire a bambini, ragazzi e giovani in carico all'Area della Famiglia e dell'Età	Attivazione di almeno tre laboratori	Bambini, ragazzi e giovani in carico all'Area della Famiglia e dell'Età Evolutiva partecipano alle attività proposte	15
4	Evolutiva opportunità di incontro, socializzazione, espressione individuale, stimolazione culturale, artistica, creativa, motoria, ecc., in contesti di gruppo, per contrastare la povertà educativa e ridurre l'isolamento sociale e relazionale aggravatosi durante la pandemia da COVID-19	A ciascun laboratorio partecipano almeno cinque bambini, ragazzi, giovani in carico all'Area della Famiglia e dell'Età Evolutiva		10

	Obiettivo dell'Area Adulti	Indicatori	Risultati attesi	Peso
5	I percettori di Reddito di Cittadinanza di cui al Decreto Legge 4/2019 assegnati al Servizio sociale dei Comuni beneficiano di un percorso di presa in carico che consente loro di ridurre la propria situazione di precarietà/vulnerabilità	Sottoscrizione di almeno cinque Patti per l'Inclusione sociale	La neo-costituita Area Adulti del Servizio sociale prende in carico i casi di Reddito di Cittadinanza per i quali non è stato ancora sottoscritto un Patto per l'Inclusione sociale, avviando l'iter conoscitivo e di valutazione multidimensionale necessario alla stesura dell'Analisi Preliminare e alla successiva sottoscrizione del Patto da parte dei beneficiari tenuti agli obblighi, come previsto dall'articolo 4, commi 12, 13 e 14 del Decreto Legge 4/2019 e ai sensi degli articoli 5, 6 e 7 del Decreto Legislativo 147/2017	25
	Obiettivo dell'Area Amministrativa	Indicatori	Risultati attesi	Peso
6	Rispondere efficacemente alle necessità e alle richieste delle quattro Aree operative del Servizio sociale dei Comuni	Evidenza del nuovo mansionario del personale amministrativo del Servizio	Riorganizzazione dell'Area Amministrativa tramite la ridefinizione dei compiti di ogni suo operatore	25

Totale punteggio assegnato

100

SCHEMA OBIETTIVI 2021

Obiettivo incentivato
(punteggio max attribuito)

Servizio sociale dei Comuni dell'ambito territoriale del Collinare

n. progr	Obiettivo	Indicatori	Risultati attesi	Peso
1	Predisposizione dello schema di regolamento generale per l'accesso ai servizi ed interventi gestiti in forma associata in sostituzione dei precedenti	Avvio di una formazione sul Campo (Gruppi di miglioramento); Costruzione ed evidenza del regolamento e delle schede analitiche; Adozione da parte dell'Assemblea dei Sindaci di ambito dello schema di Regolamento e delle singole schede analitiche; Approvazione dello stesso da parte dei singoli Consigli Comunali di ambito; Adozione del Regolamento con decreto da parte dell'ente gestore SSC;	Il Servizio Sociale è dotato di un apposito schema di Regolamento generale per l'accesso ai servizi e interventi gestiti in forma associata, comprensivo delle Schede Analitiche. Per ciascun servizio ed intervento, verranno definiti: oggetto, finalità, destinatari, modalità di accesso al servizio, tipologia di prestazioni attuabili, impegni dei richiedenti, modalità di avvio del servizio, variazione e cessazione del servizio, compartecipazione al servizio e modalità di riscossione.	100

Totale punteggio assegnato

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

				Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)
Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale della Carnia				
n. progr.	Obiettivi trasversali a tutte le aree	Indicatori	Risultati attesi	Peso
1	Promuovere la costruzione di una vision e mission condivisa alla luce dei cambiamenti organizzativi occorsi, ridefinendo ruoli, funzioni e significati	Presenza di nuovo organigramma e funzionigramma; elenco partecipanti ai gruppi di lavoro; sintesi dei lavori di gruppo	Il nuovo organigramma e funzionigramma è condiviso; tutto il servizio partecipa ai gruppi di lavoro e concorre alla costruzione di scopi, vision.	15
2	Presentare la nuova organizzazione del servizio sociale alle amministrazioni comunali attraverso un metodo partecipativo	Calendario deglle presentazioni alle amministrazioni comunali; presenza delle slide; elenco partecipanti ai gruppi di lavoro ed alle presentazioni	Le presentazioni alle amministrazioni comunali vengono realizzate; tutto il servizio partecipa alla costruzione delle presentazioni	10
Obiettivo dell'Area Adulti e Anziani, dell'Area Età Evolutiva e Giovani e dell'Area Amministrativa				
		Indicatori	Risultati attesi	Peso
3	Attivare la co-progettazione "Servizi innovativi e percorsi personalizzati a supporto di persone in condizione di povertà marginalità e a rischio di esclusione sociale"	Realizzazione di almeno 10 incontri di équipe di progetto nell'anno (calendario, sintesi delle situazioni presentate, presenze)	Il gruppo di progetto composto dagli operatori del SSC e dei partner di progetto si incontra a cadenza mensile, vengono condivise le progettazioni e vengono redatti i verbali.	35
4		Evidenza degli atti amministrativi	La spesa viene monitorata.	15

	Obiettivi dell'Area di Sviluppo di Comunità	Indicatori	Risultati attesi	Peso
5	Attivare il progetto di Aree Interne "Sentinelle di Comunità"	Realizzazione della ricca- zione in almeno n. 3 comuni	In n. 3 Comuni vengono intervistati gli ultra 75enni e le persone di riferimento della comunità (amministratori, commercianti, volontari.); viene elaborata e condivisa la sintesi dei questionari; vengono progettate nuove azioni atte a migliorare la qualità della vita della popolazione anziana in sinergia con la comunità locale	15
6	Garantire ai bambini/ragazzi di beneficiare di attività laboratoriali durante l'estate	Realizzazione di almeno n. 3 laboratori estivi in collaborazione con altri soggetti del territorio	I bambini e i ragazzi partecipano alle iniziative; vengono coinvolte associazioni del territorio	10

Totale punteggio assegnato

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Obiettivo incentivato
(punteggio max attribuito)

Strutture e servizi per la disabilità ex AAS3 - SIL				
n. progr	Obiettivo	Indicatori	Risultati attesi	Peso
1	Realizzare un'istruttoria pubblica rivolta agli Enti del terzo settore, per acquisire le manifestazioni di interesse finalizzate alla coprogettazione e co-gestione di progetti (ed interventi) personalizzati per persone con disabilità attraverso attività socio assistenziali ed educative, da realizzarsi in servizi semiresidenziali e abitativi del territorio di competenza dell'ASUFC	Predisposizione dell'avviso di coprogettazione da inoltrare alla SOC Beni e Servizi al fine di avviare l'istruttoria	Gli Enti del terzo settore presentano istanze al fine di partecipare al percorso di coprogettazione	40
2			Pubblicazione avviso di indizione di istruttoria per co-progettazione	
3	Ripristinare il pieno funzionamento dei servizi semiresidenziali aziendali, dopo la sospensione causa COVID19, in applicazione delle misure contenitive dell'epidemia previste dall'ASUFC	L' 80% delle persone inserite ha ripreso la frequenza alle strutture semiresidenziali in linea con l'andamento pre-covid 19	Nei servizi semiresidenziali viene accolto l'80% delle persone inserite. Per le stesse si realizzano programmi di intervento allineati con gli obiettivi del progetto di vita.	30
4	Implementare la frequenza dei ragazzi usciti dalle scuole ai corsi formativi e sulle "soft Skills" al fine di valutare le competenze acquisite per apertura Progetto di Tirocinio SIL	Frequenza agli incontri promossi dai Centri di formazione, promozione integrata dei corsi compresi quelli legati alla sicurezza	Partecipazione di tutti i ragazzi individuati ai vari corsi post e fine scuola superiore.	30

Totale punteggio assegnato

100

SCHEDA OBIETTIVI 2021

Obiettivo incentivato
(punteggio max attribuito)

Casa di Riposo di San Daniele del Friuli

n. progr	Obiettivo	Indicatori	Risultati attesi	Peso
1	Caricamento sul database regionale (SIRA-INSOFT) dei dati sensibili degli ospiti	Evidenza dello scarico del database	Numero degli ospiti inseriti uguale o maggiore del 90% del numero degli ospiti presenti al 31/12/2021	80
2	Attuare le procedure previste per la messa in sicurezza delle visite e delle uscite degli ospiti (patto di corresponsabilità)	Nota del Responsabile attestante il numero delle due procedure attuate (agli atti della struttura le copie cartacee)	Evidenza della procedura applicata almeno nel 95% delle visite e delle uscite (attestazione del Responsabile)	20

Totale punteggio assegnato

100