



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. 1380

DEL 07/12/2022

AVENTE AD OGGETTO:

Monitoraggio performance organizzativa: approvazione modifiche e integrazioni schede budget 2022

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

del Direttore Amministrativo avv. Francesco Magris

del Direttore Sanitario dott. David Turello

del Direttore dei Servizi Sociosanitari facente funzioni dott. Massimo Di Giusto

OGGETTO: Monitoraggio performance organizzativa: approvazione modifiche e integrazioni schede budget 2022

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;

RICHIAMATO il D.Lgs 27/10/2009 n. 150, così come modificato dal D.Lgs 25/05/2017 n. 74;

RICHIAMATO il decreto n. 967 del 6 settembre 2022 "Performance organizzativa: approvazione schede budget e schede obiettivo anno 2022";

PRESO ATTO che in data 27/9/2022 si è avviato il monitoraggio della performance 2022, a seguito del quale è stato richiesto alle strutture di descrivere per ciascun obiettivo le attività realizzate al 30/9/2022, evidenziando eventuali criticità nel raggiungimento dei risultati attesi e proponendo modifiche rispetto a quanto previsto;

RILEVATO che tutte le strutture hanno dato riscontro, fornendo gli elementi utili a evidenziare lo stato di avanzamento delle attività e segnalando alcune criticità e richieste di modifica e/o stralcio degli obiettivi, conservate agli atti della SOC Programmazione Attuativa;

TENUTO CONTO che le criticità segnalate riguardano principalmente modifiche alla dotazione organica e alle modalità di gestione operativa, intervenute successivamente alla definizione degli obiettivi;

RITENUTO pertanto di accogliere le richieste pervenute e di tenere conto delle criticità segnalate per la modifica di obiettivi, risultati attesi e/o la ridefinizione dei pesi, ove necessaria, come da tabella di seguito riportata:

Struttura	Obiettivo	Risultato atteso	Rettifica
<i>Presidio SMM Udine</i>			
SOC Oculistica	n. 1 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita oculistica con priorità diversa da U e B.	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite oculistiche (tutte le priorità): valore atteso 7.840
SOC Clinica Urologica	n. 1 "C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici"	Prostata: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg $\geq 90\%$	Prostata: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg: mantenimento performance 2021
SOC Ortopedia	n. 1 "E.1 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (criterio PNE)"	% pazienti operati entro 2 giorni $\geq 65\%$ (hub)	Per il 2022 mantenimento del risultato 2021
	n. 2 "4.1 Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h (criterio Bersaglio)"	Fratture operate entro 48h $\geq 70\%$	Per il 2022 mantenimento del risultato 2021
SOC Otorinolaringoiatria	n. 1 "C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici"	Evidenza delle nuove modalità organizzative	Modificato peso da 10 a 5
	<i>Nuovo Obiettivo</i> n. 1bis "Revisione organizzativa attività operatoria"		Peso: 5
SSD Terapia Antalgica e Anestesia Day Surgery	n. 2 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita algologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 375	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite algologiche (tutte le priorità): valore atteso 1.206

Struttura	Obiettivo	Risultato atteso	Rettifica
<i>Presidio IMFR Udine</i>			
SOC Medicina Fisica e Riabilitazione- Riabilitazione Intensiva Precoce	n. 1 "C.2.2: Volume Visita fisiatrica rispetto a 2019"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita fisiatrica con priorità diversa da B. Valore Target: 466	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite fisiatriche (tutte le priorità): valore atteso 4.241
	n. 6 "Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo"		Obiettivo n. 6 stralciato
SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione	n. 1 "C.2.2: Volume Visita fisiatrica rispetto a 2019"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita fisiatrica con priorità diversa da B.	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite fisiatriche (tutte le priorità): valore atteso 3.364

Generale	n. 6 "Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo"	Valore Target: 466	Obiettivo n. 6 stralciato
----------	--	--------------------	---------------------------

Struttura	Obiettivo	Risultato atteso	Rettifica
<i>Presidio San Daniele Tolmezzo</i>			
SOC Anestesia San Daniele	n. 3 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita algologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 118	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite algologiche (tutte le priorità): valore atteso 331
SOSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	n. 3 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita gastroenterologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 369	Mantenimento dei volumi complessivi. Valore Target: 15.400
SOC Chirurgia Tolmezzo	n. 1 "C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici"	Mammella: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg ≥ 90%	Mantenimento performance 2021
SOC Riabilitazione di San Daniele	n. 5 "Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo"		Obiettivo n. 5 stralciato
SOC Riabilitazione di Tolmezzo	n. 5 "Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo"		Obiettivo n. 5 stralciato
SOC Oncologia	n. 1 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita oncologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 194	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite oncologiche (tutte le priorità): valore atteso 654

Struttura	Obiettivo	Risultato atteso	Rettifica
<i>Presidio Latisana Palmanova</i>			
SOC Anestesia e Rianimazione Latisana	n. 2 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita algologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 150	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite algologiche (tutte le priorità): valore atteso 312
SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Latisana	n. 5, 6, 7, 10, 11 n. 9 "Firmare digitalmente i referti ambulatoriali"	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Obiettivi n. 5, 6, 7, 10, 11 stralciati Modifica obiettivo: Firmare digitalmente i verbali di Pronto Soccorso Modifica risultato atteso: Valore atteso % verbali firmati

			digitalmente maggiore rispetto all'anno precedente
SOC Chirurgia Generale	n. 12 "Riorganizzazione attività chirurgica nelle due sedi ospedaliere"	Ricoveri di Day surgery: <10% sede di Latisana sul totale dei ricoveri (escluso urologia) Ricovero ordinario: <10% (comprensivi di DH over night) sede di Palmanova sul totale dei ricoveri (escluso urologia)	Ricoveri ordinari sede di Palmanova <= 10%
SOC Ostetricia e Ginecologia	n.11 "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" n.12 "Compilazione corretta delle Schede Istat di IVG e aborto spontaneo"	Nel 2° semestre 2022 il 95% delle SDO di IVG e aborto spontaneo deve essere compilato entro il 10 del mese successivo alla dimissione Nel 2° semestre 2022 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	Il 95% delle SDO di IVG e aborto spontaneo deve essere compilato entro il 10 del mese successivo alla dimissione 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

Struttura	Obiettivo	Risultato atteso	Rettifica
SOC Direzione Medica di Presidio San Daniele Tolmezzo	n. 1 "C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita oncologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 194	Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite oncologiche (tutte le priorità): valore atteso 654
SOC Direzione Amministrativa Presidio San Daniele Tolmezzo	n.5 "Mobilità Sanitaria Internazionale (Linee annuali per la gestione SSR 2022_ Delibera G.R. n.321 del 11_03_2022_ Linea 12.2.3)"		Obiettivo n. 5 stralciato
SOC Gestione Risorse Umane	n. 10 "PTPCT : attuazione obiettivi Amministrazione Trasparente" n.17 "Progettazione fasi di controllo e tempistiche di erogazione degli incentivi economici e delle RAR per sistema SMVP 2023" n. 18 "Piano scadenziario degli adempimenti a carico dell'area"	Rispetto obblighi trasparenza ed in particolare evidenza del rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei tassi di assenza Proposta entro il 15.09.2022 Scadenziario adempimenti anno 2022, trasmesso alla Direzione Amministrativa entro 30.9.2022.	Rispetto obblighi trasparenza ed in particolare evidenza del rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei tassi di assenza e retribuzioni Proposta entro il 30.11.2022 Scadenziario adempimenti anno 2022, trasmesso alla Direzione Amministrativa entro 30.11.2022.

	n. 19 "Indicazione delle misure organizzative che si intendono adottare, in un'ottica di miglioramento, al fine del mantenimento dell'indice di tempestività aziendale dei pagamenti minore/uguale a zero"	Relazione entro il 30.9.2022	Relazione entro il 30.11.2022
--	--	------------------------------	-------------------------------

TENUTO CONTO che, in sede di monitoraggio, sono inoltre emersi alcuni errori materiali nelle schede budget, approvate con decreto n. 967/2022, delle seguenti strutture e che si rende necessario correggere:

Struttura	Modifica effettuata
SOC Pneumologia e SOC Pneumologia riabilitativa	Inserito risorse professionali e consumi anche della Pneumologia Riabilitativa IMFR
SOC Otorinolaringoiatria Presidio San Daniele Tolmezzo	Corretto scheda consumi e risorse professionali
SOC Cardiologia Presidio Latisana Palmanova	Corretto intestazione tabella risorse professionali
SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Palmanova Presidio Latisana Palmanova	Corretto pesi obiettivi 2, 3 e 5
SOC Oculistica Presidio Latisana Palmanova	Corretto indicatore obiettivo 9

VISTA la nota prot. n. 47518 del 6/10/2022 con cui il Direttore dei Servizi sociosanitari ad interim comunica che è necessaria l'integrazione della scheda delle Strutture e servizi per le disabilità ex AAS3-SIL, con l'indicazione dell'area dell'ex ASUIUD;

VISTA inoltre la D.G.R. n. 1682 dell'11/11/2022 "LR 22/2019. Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio Sanitario Regionale – anno 2022. Approvazione" con cui la Regione ha approvato il Piano Attuativo (PA) aziendale 2022;

TENUTO CONTO che con la citata D.G.R. n.1682/2022 sono state approvate modifiche e integrazioni di obiettivi su proposta degli enti, elencate nell'allegato 5 alla DGR n. 1682/2022, e che per l'ASUFC comporta la modifica del risultato atteso relativo all'obiettivo "4.2 Trapianti e donazioni – Trapianto di rene" della SOC Clinica Chirurgica da ">= 60 trapianti garantiti a parità di donatori" a ">= 55 trapianti garantiti a parità di donatori";

PRESO ATTO inoltre che la Regione ha approvato tra l'altro la ridefinizione degli indicatori di Pronto Soccorso (linea 2.4.1.2 Indicatori Emergenza Urgenza del PA 2022) a seguito dell'introduzione del nuovo sistema di triage;

VALUTATO conseguentemente opportuno stralciare gli obiettivi correlati agli indicatori di cui sopra attribuiti alle strutture di Pronto Soccorso nelle schede budget, in quanto non monitorabili;

RITENUTO pertanto per tutti i motivi sopra riportati di apportare le modifiche, integrazioni e correzioni alle schede budget 2022 delle strutture di seguito evidenziate:

Presidio SMM Udine

- SOC Clinica Chirurgica
- SOC Clinica Urologica
- SOC Oculistica
- SOC Ortopedia
- SOC Otorinolaringoiatria
- SOC Pneumologia e SOC Pneumologia riabilitativa
- SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza
- SSD Terapia Antalgica e Anestesia Day Surgery

Presidio IMFR Udine

- SOC Medicina Fisica e Riabilitazione- Riabilitazione Intensiva Precoce
- SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione Generale

Presidio San Daniele Tolmezzo

- SOC Anestesia San Daniele
- SOC Chirurgia Tolmezzo
- SOSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
- SOC Oncologia
- SOC Otorinolaringoiatria
- SOC Pronto Soccorso San Daniele
- SOC Pronto Soccorso Tolmezzo
- SOC Riabilitazione di San Daniele
- SOC Riabilitazione di Tolmezzo

Presidio Latisana Palmanova

- SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
- SOC Cardiologia
- SOC Chirurgia Generale
- SOC Oculistica
- SOC Ostetricia e Ginecologia

- SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza Palmanova
- SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza Latisana
- SOC Riabilitazione

Altre Strutture aziendali

- Strutture e servizi per le disabilità ex AAS3 –SIL
- SOC Direzione Medica di Presidio San Daniele Tolmezzo
- SOC Direzione Amministrativa Presidio San Daniele Tolmezzo
- SOC Gestione Risorse Umane

e che sono allegate al presente decreto come parte integrante;

CONSIDERATI infine gli approfondimenti effettuati sulla base dati regionale relativamente alla firma digitale di referti ambulatoriali e verbali di Pronto Soccorso e, in conseguenza alle criticità rilevate, ritenuto di definire fin d'ora il criterio di valutazione dell'obiettivo in termini di miglioramento della performance rispetto all'anno precedente, qualora inferiore al target;

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 facente funzioni, per quanto di rispettiva competenza;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, di

- 1) approvare le modifiche, integrazioni e correzioni delle schede di budget 2022 delle strutture di seguito elencate:

Presidio SMM Udine

- SOC Clinica Chirurgica
- SOC Clinica Urologica
- SOC Oculistica

- SOC Ortopedia
- SOC Otorinolaringoiatria
- SOC Pneumologia e SOC Pneumologia riabilitativa
- SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza
- SSD Terapia Antalgica e Anestesia Day Surgery

Presidio IMFR Udine

- SOC Medicina Fisica e Riabilitazione- Riabilitazione Intensiva Precoce
- SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione Generale

Presidio San Daniele Tolmezzo

- SOC Anestesia San Daniele
- SOC Chirurgia Tolmezzo
- SOSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
- SOC Oncologia
- SOC Otorinolaringoiatria
- SOC Pronto Soccorso San Daniele
- SOC Pronto Soccorso Tolmezzo
- SOC Riabilitazione di San Daniele
- SOC Riabilitazione di Tolmezzo

Presidio Latisana Palmanova

- SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
- SOC Cardiologia
- SOC Chirurgia Generale
- SOC Oculistica
- SOC Ostetricia e Ginecologia
- SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza Palmanova
- SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza Latisana
- SOC Riabilitazione

Altre Strutture aziendali

- Strutture e servizi per le disabilità ex AAS3 -SIL
- SOC Direzione Medica di Presidio San Daniele Tolmezzo
- SOC Direzione Amministrativa Presidio San Daniele Tolmezzo
- SOC Gestione Risorse Umane

e che sono allegate, come parte integrate, al presente decreto;

- 2) definire fin d'ora il criterio di valutazione dell'obiettivo relativo alla firma digitale di referti ambulatoriali e verbali di Pronto Soccorso in termini di miglioramento della performance rispetto all'anno precedente qualora inferiore al target, considerati gli approfondimenti effettuati sulla base dati regionale e in conseguenza alle criticità rilevate.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente

Il Direttore Amministrativo
avv. Francesco Magris

Il Direttore Sanitario
dott. David Turello

Il Direttore dei Servizi Sociosanitari facente funzioni
dott. Massimo Di Giusto

Il Direttore Generale
dott. Denis Caporale

Allegati:

1	All Schede budget 2022 modificate .pdf
---	--

Uffici notificati:

Direzione Sanitaria
Programmazione e controllo di gestione
Direzione Amministrativa

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: 07/12/2022 14:40:11
IMPRONTA: 2AA5087663257BA24D8C9329A6E38DAB80EF1BA6E42DB6486ECCB72609187838
80EF1BA6E42DB6486ECCB72609187838E861FE1B1993B2D4319C1374D7207484
E861FE1B1993B2D4319C1374D7207484D03094EA42510C21F40B1633DDAA9C30
D03094EA42510C21F40B1633DDAA9C300F823B2D3A2E2BEFCBF5E403D2CFFDDD

NOME: MASSIMO DI GIUSTO
CODICE FISCALE: DGSM70R19L483N
DATA FIRMA: 07/12/2022 14:47:10
IMPRONTA: 0A611F7F7738C31A75F4C72FA819660C207D61609D43AB29424D665DB1E0EE38
207D61609D43AB29424D665DB1E0EE3889EF5BCD34ED3542801107CFDE86D225
89EF5BCD34ED3542801107CFDE86D225B95D7E5F6FC8DC3396B33BE99C46D053
B95D7E5F6FC8DC3396B33BE99C46D0531ED5D7A8E67BBEACDAD3EC2C28CF9EDB

NOME: DAVID TURELLO
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T
DATA FIRMA: 07/12/2022 15:39:04
IMPRONTA: 4AC1B31C17F2D7B97230AD28F21438B76F0C852C427D6740913F28EB9DA9E207
6F0C852C427D6740913F28EB9DA9E207FF2ABB8611BB1A3194528B4AB55BD414
FF2ABB8611BB1A3194528B4AB55BD414241769C479808B43B6A5CBFC55A6DB2A
241769C479808B43B6A5CBFC55A6DB2A62F1D3BC05A3C4A9613B7861C8CD9D60

NOME: DENIS CAPORALE
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X
DATA FIRMA: 07/12/2022 15:59:15
IMPRONTA: 4FF9834373B8C63DF6ECBE0D19AEB3A2834A5E64DEDE327D6EBF576850C920F8
834A5E64DEDE327D6EBF576850C920F870711F5FEEB89207EED0002029D5F41F
70711F5FEEB89207EED0002029D5F41F951ABE98B02D1E37AB689C97562BF586
951ABE98B02D1E37AB689C97562BF586A45F271F8BE7ECA8F93FFADB934096C3

**Schede budget 2022 modificate
in sede di monitoraggio al
30.9.2022**

Indice Schede Budget 2022 modificate in sede di monitoraggio al 30.9.2022

	Pag.
<i>Presidio SMM Udine</i>	
SOC Clinica Chirurgica	1
SOC Clinica Urologica	3
SOC Oculistica	5
SOC Ortopedia	7
SOC Otorinolaringoiatria	9
SOC Pneumologia e SOC Pneumologia riabilitativa	11
SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza	15
SSD Terapia Antalgica e Anestesia Day Surgery	17
<i>Presidio IMFR Udine</i>	
SOC Medicina Fisica e Riabilitazione- Riabilitazione Intensiva Precoce	19
SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione Generale	21
<i>Presidio San Daniele Tolmezzo</i>	
SOC Anestesia San Daniele	23
SOC Chirurgia Tolmezzo	25
SOSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	27
SOC Oncologia	29
SOC Otorinolaringoiatria	31
SOC Pronto Soccorso San Daniele	34
SOC Pronto Soccorso Tolmezzo	36
SOC Riabilitazione di San Daniele	38
SOC Riabilitazione di Tolmezzo	40

	Pag.
<i>Presidio Latisana Palmanova</i>	
SOC Anestesia e Rianimazione Latisana	42
SOC Cardiologia	44
SOC Chirurgia Generale	46
SOC Oculistica	48
SOC Ostetricia e Ginecologia	50
SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza Palmanova	53
SOC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza Latisana	55
SOC Riabilitazione	57
<i>Strutture direzionali</i>	
Strutture e servizi per le disabilità ex AAS3 –SIL	59
SOC Direzione Medica di Presidio San Daniele Tolmezzo	61
SOC Direzione Amministrativa Presidio San Daniele Tolmezzo	63
SOC Gestione Risorse Umane	65



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine

Dipartimento di Chirurgia Generale

Direttore: Roberto Petri

SOC Clinica Chirurgica

Direttore: Giovanni Terrosu

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.				
1	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Colon: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg \geq 90%	Dato 2021: 74% su 35 interventi	5
2		Retto: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg \geq 90%	Dato 2021: 20% su 15 interventi	5
3	2.4.2 Trapianto di rene	Garantire un n. di trapianti = > a 60 55 a parità di donatori [MODIFICATO A SEGUITO DELLA DGR N. 1682/2022]		5
4	E.1 % di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (criterio PNE)	% colecistectomia laparoscopica \geq 80%	Dato 2021: 87,5%	15
Ulteriori obiettivi				
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021: 97%	10
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021: 99%	15
7	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 2021: 99,5% (gen-nov)	15
8	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio 2022	10
9	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10
10	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% delle équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione (Report di dettaglio)	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine

Dipartimento di Chirurgia Generale

Direttore: Roberto Petri

SOC Clinica Urologica e Urologia

Direttore f.f.: Gioacchino De Giorgi

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEMA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.				
1	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Prostata: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg ≥ 90% Prostata: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg: mantenimento performance 2021 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Dato 2021: 24% su 17 interventi	5
2	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita urologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 1.017		25
Ulteriori obiettivi				
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021: 97%	10
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021: 96%	10
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 2021: 96% (gen-nov)	10
6	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio 2022	10
7	Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2021 su compilazione "PROCEDURE ICD-9-cm"	Dato 2021: 5,0% mancate compilazioni	10
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10
9	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% delle équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione (Report di dettaglio)	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine
Dipartimento di Chirurgia Specialistica

SOC Oculistica
Direttore f.f.: Carlo Salati

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.				
1	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visite oculistiche con priorità diversa da U e B. Valore Target: 546 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite oculistiche (tutte le priorità); valore atteso 7.840 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		10
2		Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Cataratta con priorità diversa da U e B. Valore Target: 764		10
3		Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Iniezione intravitreale con priorità diversa da U e B. Valore Target: 889		10
Ulteriori obiettivi				
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 98,5%	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 96,5%	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 2021= 92% (gen-nov)	20
7	Premesso che la nota 98 evidenzia che: -“aflibercept, bevacizumab, brolucizumab e ranibizumab possono essere considerati sostanzialmente sovrapponibili nell’indicazione AMD”; -“aflibercept, bevacizumab e ranibizumab possono essere considerati sovrapponibili nell’indicazione DME nei pazienti con visus non peggiore di 20/40 (pari ad almeno 5/10)”. Assicurare l’applicazione della nota AIFA n°98 con particolare riferimento all’impiego, laddove indicato, del medicinale dal miglior rapporto di costo-efficacia	Inserimento nel campo note delle indicazioni (AMD o DME) per cui è impiegato il medicinale. • 100% delle prescrizioni Nel caso di terapia della DME indicare anche il visus (es. DME 10/40). Assicurare l’applicazione della AIFA n°98 massimizzando l’impiego del medicinale dal miglior rapporto di costo-efficacia.	Valutazione a cura del Servizio Farmaceutico: arco temporale ultimo trimestre 2022	10
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		5
9	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell’effettuazione del corso FAD per almeno il 50% delle équipe	Valutazione a cura dell’ufficio Formazione (Report di dettaglio)	5

Totale punteggio assegnato

100



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine

Dipartimento di Chirurgia Generale

Direttore: Roberto Petri

SOC Ortopedia e Traumatologia

Direttore: Lucio Bonometto

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.				
1	E.1 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (criterio PNE)	% pazienti operati entro 2 giorni $\geq 65\%$ (hub) Per il 2022 mantenimento del risultato 2021 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Dato 2021: 36,3%	5
2	4.1 Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h (criterio Bersaglio)	Fratture operate entro 48h $\geq 70\%$ Per il 2022 mantenimento del risultato 2021 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Dato 2021: 44,8%	5
Ulteriori obiettivi				
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso $\geq 98\%$ referti firmati digitalmente	Dato 2021: 98%	15
4	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso $\geq 98\%$ lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021: 99%	15
5	Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere i volumi per prima visita ortopedica Valore Target: 11.200	Esterni, Interni, PS	10
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 2021: 100% (gen-nov)	30
7	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10
8	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% delle équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione (Report di dettaglio)	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine
Dipartimento di Chirurgia Specialistica

SOC Otorinolaringoiatria
Direttore: Cesare Miani

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo	Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.					
1	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Tiroide: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg ≥ 90%	Dato 2021: 15% su 60 interventi	10	5
1bis	Revisione organizzativa attività operatoria	Evidenza delle nuove modalità organizzative			5
2	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita otorinolaringoiatrica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 1.122		15	15
3		Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Audiometria con priorità diversa da U e B. Valore Target: 1.568		15	15
Ulteriori obiettivi					
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 96%	15	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 98%	10	10
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 2021= 100% (gen-nov)	10	10
7	Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2021 su compilazione "PROCEDURE ICD-9-cm"	dato 2021: 5,4% mancate compilazioni	10	10
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	10
9	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% delle équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione (Report di dettaglio)	5	5
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100



SOC Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria SMM
SOC Pneumologia Riabilitativa IMFR
Direttore: Vincenzo Patruno

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA RISORSE PROFESSIONALI - Fonte: Portale Job Time al 15/01/2022

	N. Dirigenti Medici, Sanitari, PTA	Di cui assenti per Comando o Aspettativa	Full Time Equivalent * Esclusi Comandi e Aspettative ** Universitari valorizzati 0,5 FTE . Direttori di SOC valorizzati 0,7 FTE.
SOC PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	12		11,70
Dirigente Medico	12		11,70

Nominativi dei Dirigenti per Struttura e Qualifica * Esclusi Comandi e Aspettative
SOC PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
Dirigente Medico
CASTALDO NADIA
D'AMBROSIO GIOVANNI
DARSIE' DANIELE
DISTEFANO SALVATORE
FANTIN ALBERTO
GIULIANA FRANCESCO
MAZZORAN LUCIA
MORANA GIUSEPPE
PADALINO CRISTIANO
RECCARDINI FEDERICO
STANO FRANCESCA
VAILATI PAOLO

	N. Dirigenti Medici, Sanitari, PTA	Di cui assenti per Comando o Aspettativa	Full Time Equivalent * Esclusi Comandi e Aspettative ** Direttori di SOC valorizzati 0,7 FTE.
SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA	4		3,7
Dirigente Medico	4		3,7

Nominativi dei Dirigenti per Struttura e Qualifica * Esclusi Comandi e Aspettative
DIPARTIMENTO MEDICINA RIABILITATIVA IMFR
SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA
Dirigente Medico
BARRILE DOMENICO
COLETTI ORIETTA
LONGO CINZIA
PATRUNO VINCENZO

SCHEDE CONSUMI - Fonte: *BO Universo Consumi Economici*

CONSUMO DI BENI - CONFRONTO TRIENNALE 2019-2021

SOC PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA				
MATERIALI E PRODOTTI NON SANITARI				
SOTTOCLASSE MERCEOLOGICA	2019	2020	2021	Scostamento 2020/2021
ALTRI BENI E PRODOTTI NON SANITARI	€71,31	€119,41	€170,92	43,14%
CANCELLERIA E STAMPATI	€7.242,66	€5.454,32	€13.126,25	140,66%
MATERIALI DI CONSUMO PER L'INFORMATICA	€3.599,05	€3.603,06	€6.213,10	72,44%
MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	€21.094,63	€74.165,84	€97.259,11	31,14%
MATERIALI ED ACCESSORI PER BENI NON SANITARI		€19,52		-100,00%
MATERIALI ED ACCESSORI PER BENI SANITARI	€1.490,35	€257,91	€117,12	-54,59%
PRODOTTI ALIMENTARI		€260,43	€4.014,24	1.441,39%
TOTALE	€33.498,00	€83.880,49	€120.900,74	44,13%
MATERIALI E PRODOTTI SANITARI				
SOTTOCLASSE MERCEOLOGICA	2019	2020	2021	Scostamento 2020/2021
ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI	€62.002,34	€44.163,12	€38.306,76	-13,26%
DISPOSITIVI MEDICI	€220.192,48	€405.496,52	€600.486,61	48,09%
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	€9.606,31	€12.815,56	€35.359,48	175,91%
MATERIALI PER LA PROFILASSI (VACCINI)			€18.143,13	100,00%
MEDICINALI CON AIC, AD ECCEZIONE DI VACCINI ED EMODERIVATI DI PROD. REGIONALE	€225.583,86	€336.527,43	€351.053,50	4,32%
MEDICINALI SENZA AIC	€67.216,88	€79.242,10	€67.492,74	-14,83%
PRODOTTI DIETETICI	€110,35	€692,48	€630,54	-8,94%
TOTALE	€584.712,22	€878.937,21	€1.111.472,76	26,46%
SOC PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA				
	618.210,22	962.817,70	1.232.373,50	

ISTITUTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE GERVASUTTA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA RIABILITATIVA

SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA

MATERIALI E PRODOTTI NON SANITARI

SOTTOCLASSE MERCEOLOGICA	2019	2020	2021	Scostamento 2020/2021
ALTRI BENI E PRODOTTI NON SANITARI	€134,13	€176,69	€178,78	1,18%
CANCELLERIA E STAMPATI	€1.235,58	€835,30	€703,56	-15,77%
MATERIALI DI CONSUMO PER L'INFORMATICA	€2.511,34	€1.396,50	€2.188,82	56,74%
MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	€490,51	€12.352,82	€3.498,10	-71,68%
MATERIALI ED ACCESSORI PER BENI SANITARI	€5.904,80	€8.003,20	€10.853,12	35,61%
TOTALE	€10.276,36	€22.764,51	€17.422,38	-23,47%

MATERIALI E PRODOTTI SANITARI

SOTTOCLASSE MERCEOLOGICA	2019	2020	2021	Scostamento 2020/2021
ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI	€126,31	€198,36	€350,38	76,64%
DISPOSITIVI MEDICI	€51.782,39	€45.658,84	€41.619,68	-8,85%
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	€5.426,76	€3.776,59	€4.626,80	22,51%
MEDICINALI CON AIC, AD ECCEZIONE DI VACCINI ED EMODERIVATI DI PRODUZ. REGIONALE	€59.850,22	€11.134,29	€99,18	-99,11%
MEDICINALI SENZA AIC	€387,91	€300,53	€128,98	-57,08%
TOTALE	€117.573,59	€61.068,61	€46.825,02	-23,32%

SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA

127.849,95 € 83.833,12 € 64.247,40 €



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine

Dipartimento di Medicina Interna

Direttore: Leonardo Sechi

SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Direttore: Mario Calci

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo	Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.					
1	2.4.1.2.2 Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (criterio Bersaglio)	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 al 75%	Dato 2021: 52,4%	20	obiettivo stralciato
Ulteriori Obiettivi					
2	Elaborazione delle Job Description	Job Description elaborate entro il 31.10.2022		5	8
3	Monitoraggio dell'igiene mani	Rilevate aumento 50 opportunità nel 4° trimestre		5	8
4	Percorsi Emergenza Urgenza Hub & Spoke per la gestione delle consulenze specialistiche	Protocollo condiviso entro il 31.12.2022		10	12
5	Firmare digitalmente i verbali PS	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 97%	10	14
6	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 91%	20	22
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 2021: 100% (gen-nov)	10	12
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	12
9	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione (Report di dettaglio)	10	12
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100



Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia di Udine

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

Direttore f.f.: Flavio Bassi

SSD Terapia Antalgica e Anestesia Day Surgery

Responsabile: Guido Cappelletto

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.				
1	B.3 Terapia del dolore. Garantire l'attività per la terapia del dolore	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali e relazione, in qualità di referente aziendale, su attività svolta al 30.9 entro il 15.10.2022 e al 31.12 entro il 15.1.2023		20
2	B.3 Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per la priorità B, in caso di richiesta appropriata. Relazione sull'appropriatezza delle priorità B eseguite	Valutazione secondo semestre	20
3	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visite algologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 375 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite algologiche (tutte le priorità): valore atteso 1.206 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		20
Ulteriori obiettivi				
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021=99%	10
6	Compilare e validare entro i termini le SDO per i ricoveri ordinari e in DH	Valore atteso ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2021: 84% (gen-nov)	20
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10

Totale punteggio assegnato 100



Presidio Ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)
SOC Medicina Fisica e Riabilitazione - RIABILITAZIONE INTENSIVA PRECOCE
Direttore: Leo Iona

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo	Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A					
1	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per- Visita fisiatrica con priorità diversa da B. Valore Target: 466 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite fisiatriche (tutte le priorità): valore atteso 4.241 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		20	40
Ulteriori Obiettivi					
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	dato 2021= 99%	5	5
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	dato 2021= 93%	5	5
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	Dato 2021: 100%	10	10
5	Riorganizzazione per intensità assistenziale - riabilitativa all'interno dell'Istituto per pazienti degenti	Aderenza alla procedura definita: relazione del Direttore della struttura inviata alla DMP	Verifica DMP	10	10
6	Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Trasmissione mensile della rilevazione entro il 10 del mese successivo (a partire dal mese di Settembre 2022)		10	obiettivo stralciato
		Aderenza della classe di priorità B nel 90% dei casi a livello mensile		10	obiettivo stralciato
7	Mantenere i monitoraggi in corso richiesti dagli standard JCI	Monitoraggi realizzati e inviati alla SOC Accreditamento e Gestione Rischio Clinico al 31.12		10	10
8	Applicazione delle linee guida cliniche in uso	Relazione del Direttore della struttura inviata alla DMP	Verifica DMP	10	10
9	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	10
Totale punteggio assegnato				100	100



Presidio Ospedaliero di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR)
SOC Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione Generale

Direttore: Emanuele Biasutti

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo	Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Direttore/Responsabile	Direttore/Responsabile
Obiettivi da P.A.					
1	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita fisiatrica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 1.332 (RG) + 394 (Diag.Riab.Perineale) Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite fisiatriche (tutte le priorità): valore atteso 3.364 - [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		20	40
Ulteriori Obiettivi					
2	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021: 91%	20	20
3	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021: 99%	5	5
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	Dato 2021: 100%	5	5
5	Riorganizzazione per intensità assistenziale - riabilitativa all'interno dell'Istituto per pazienti degenti	Aderenza alla procedura definita: relazione del Direttore della struttura inviata alla DMP	Verifica DMP	10	10
6	Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Trasmissione mensile della rilevazione entro il 10 del mese successivo (a partire dal mese di Settembre 2022)		10	obiettivo stralciato
		Aderenza della classe di priorità B nel 90% dei casi a livello mensile		10	obiettivo stralciato
7	Mantenere i monitoraggi in corso richiesti dagli standard JCI	Monitoraggi realizzati e inviati alla SOC Accreditamento e Gestione Rischio Clinico al 31.12		5	5
8	Applicazione delle linee guida cliniche in uso	Relazione del Direttore della struttura inviata alla DMP	Verifica DMP	5	5
9	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	10
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Emergenza e Materno-Infantile

SOC Anestesia di San Daniele

Direttore f.f.: Massimo Nordio

Piattaforma Emergenza San Daniele

Coordinatore f.f.: Raffaella Lanfrit

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	B.3 Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per la priorità B, in caso di richiesta appropriata. Relazione sull'appropriatezza delle priorità B eseguite.	Valutazione secondo semestre	10	
2	B3 Cure palliative: Registrazione attività cliniche	Applicazione delle modalità di registrazione dell'attività definite a livello regionale		5	5
3	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita algologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 118 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite algologiche (tutte le priorità): valore atteso 331 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		20	
Ulteriori Obiettivi					
4	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	20	35
5	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 82%	25	
6	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio 2022	10	
7	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	10

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

** Piattaforma emergenza San Daniele

Totale parziale comparto	50
Punteggio presente in altra scheda (PS SD)	50
Totale punteggio attribuito	100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Chirurgico

SOC Chirurgia di Tolmezzo
Direttore: Vittorio Durastante
Piattaforma degenze chirurgiche
Coordinatore: Elena Del Negro

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo	
				Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.					
1	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Mammella: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg \geq 90% Mantenimento performance 2021 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Dato 2021: 67% su 96 interventi	5	
2	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Colon: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg \geq 90%	Dato 2021: 83% su 23 interventi	5	
5	E.1 % di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni \geq 80% (criterio PNE)	Mantenimento performance 2021	Dato 2021: 83,2%	15	
Ulteriori Obiettivi					
6	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance \geq 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10	5
7	Attività di rischio clinico: partecipazione all'indagine di incidenza sulle infezioni del sito chirurgico	Evidenza di un report	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10	5
8	Attività di rischio clinico: infezioni correlate all'assistenza	Invio di almeno 1 scheda compilata alla SOS QARC	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	5	5
9	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso \geq 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 88%	5	
10	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso \geq 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 78%	5	
11	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 2021= 99,1% (gen-nov)	20	
12	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio 2022	10	
13	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	10

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma degenze chirurgiche Tolmezzo

Totale parziale comparto		25
Punteggio presente su altre schede del Dpt chirurgico (Ort To; Uro; ORL)		75
Totale punteggio attribuito	100	100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Chirurgico

SOSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
Direttore f.f.: Loris Zoratti

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Dirigenti*
Obiettivi da P.A.				
1	1.2 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 2° livello di screening	Percentuale cartelle correttamente compilate ≥ 95%	Dato 2021: 99,0%	30
2	1.2 Screening colon retto: garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg) >=90%	Dato 2021: 72,4%	10
3	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita gastroenterologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 369 Mantenimento dei volumi complessivi. Valore Target:15.400 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Stima anno 2022	10
Ulteriori Obiettivi				
4	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10
5	Favorire l'impiego dei biosimilari disponibili a gara ARCS	1a prescrizione in pazienti naive (etanercept, adalimumab e infliximab) con farmaco biosimilare ≥ 90%	Monitoraggio a cura dal servizio farmaceutico.	10
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021: 100%	10
7	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio 2022	10
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10

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

Totale punteggio attribuito 100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Medico

SOC Oncologia
Direttore: Alessandro Follador

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEMA OBIETTIVI 2022

				Peso obiettivo
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Dirigenti*
Obiettivi da P.A.				
1	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visite oncologiche con priorità diversa da U e B. Valore Target: 194 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite oncologiche (tutte le priorità): valore atteso 654 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		15
2	Partecipazione ai gruppi di lavoro aziendali in attuazione alla DGR 2049/2019.	Evidenza di una relazione sulle attività svolte		10
Ulteriori Obiettivi				
3	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 97%	15
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 100%	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	Dato 2021: 100% (gen-nov)	15
7	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio 2022	15
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10

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

Totale punteggio attribuito 100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Chirurgico

SOC Otorinolaringoiatra
Direttore f.f.: Maria Gabriella Rugiu
Piattaforma degenze chirurgiche
Coordinatore: Elena Del Negro

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA CONSUMI - Fonte: BO Universo Consumi Economici

CONSUMO DI BENI - CONFRONTO TRIENNALE 2019-2021

SOC OTORINOLARINGOIATRIA (HSDT)

MATERIALI E PRODOTTI NON SANITARI

SOTTOCLASSE MERCEOLOGICA	2019	2020	2021	Scostamento 2020/2021
ALTRI BENI E PRODOTTI NON SANITARI	€32,06	€48,80	€84,39	72,93%
CANCELLERIA E STAMPATI	€691,56	€740,93	€764,69	3,21%
MATERIALI DI CONSUMO PER L'INFORMATICA	€1.188,27	€1.212,81	€1.296,14	6,87%
MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	€2.197,63	€6.089,36	€1.761,83	-71,07%
MATERIALI ED ACCESSORI PER BENI SANITARI	€341,60	€1.059,59	€12.065,80	1.038,72%
PRODOTTI ALIMENTARI	€58,62	€104,65	€192,60	84,04%
TOTALE	€4.509,74	€9.256,14	€16.165,45	74,65%

MATERIALI E PRODOTTI SANITARI

SOTTOCLASSE MERCEOLOGICA	2019	2020	2021	Scostamento 2020/2021
ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI	€835,26	€660,57	€2.881,02	336,14%
DISPOSITIVI MEDICI	€161.973,19	€157.506,95	€174.811,73	10,99%
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	€20.929,35	€16.754,02	€16.970,68	1,29%
MEDICINALI CON AIC, AD ECCEZIONE DI VACCINI ED EMODERIVATI DI PROD. REGIONALE	€721,16	€514,30	€631,38	22,76%
MEDICINALI SENZA AIC	€479,67	€611,58	€392,70	-35,79%
PRODOTTI DIETETICI			€6,34	100,00%
TOTALE	€184.938,63	€176.047,42	€195.693,85	11,16%

TOTALE	€	189.448,37	€	185.303,56	€	211.859,30
---------------	---	-------------------	---	-------------------	---	-------------------

SCHEMA RISORSE PROFESSIONALI - Fonte: Portale Job Time al 15/01/2022

	N. Dirigenti Medici, Sanitari, PTA	Di cui assenti per Comando o Aspettativa	Full Time Equivalent * Esclusi Comandi e Aspettative ** Direttori di SOC valorizzati 0,7 FTE.
SOC OTORINOLARINGOIATRIA SD - TM	7		6,7
Dirigente Medico	7		6,7

Nominativi dei Dirigenti per Struttura e Qualifica * Esclusi Comandi e Aspettative
DIPARTIMENTO CHIRURGICO SD - TM
SOC OTORINOLARINGOIATRIA SD - TM
Dirigente Medico
ANTONIO JAMILE KARINA
BORIA SILVIO
D'ORLANDO ELENA
GRAZIADIO MARILENA
MACRI FELICE
MIANI CESARE
VALLONE ALFREDO

Piattaforma degenze Chirurgiche

Coordinatore: Elena Del Negro

	N. Personale Comparto	Di cui assenti per Comando o Aspettativa	Full Time Equivalent * Esclusi Comandi e Aspettative ** Direttori di SOC valorizzati 0,7 FTE.
PIATTAFORMA DEGENZE CHIRURGICHE (TOLMEZZO)	70		68,56
AREA DEG. CHI. TM (1^) + PRE RIC	33		32,50
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	18		17,67
Operatore Socio Sanitario	15		14,83
AREA DEG. CHIRURG. TM (2^)	35		34,06
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	21		20,50
Operatore Socio Sanitario	14		13,56
STAFF PIATTAF. DEG. CHIR.	2		2,00
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	2		2,00



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Emergenza e Materno-Infantile

SOC Pronto Soccorso di San Daniele

Direttore: Alfredo Barillari

Piattaforma Emergenza San Daniele

Coordinatore: Caterina Natolino

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo		Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022	
				Dirigenti*	Comparto**	Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.							
1	2.4.1.2.1 Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (criterio Bersaglio)-(STRALCIATO)	Miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al 2021, portandola a valori almeno dell'80%.	Dato 2021: 82,5%	5	5	obiettivo stralciato	
2	2.4.1.2.2 Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (criterio Bersaglio)-(STRALCIATO)	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%.	Dato 2021: 83,6%	5	5	obiettivo stralciato	
3	2.4.1.2.3 Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza	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%		25	5	30	10
Ulteriori Obiettivi							
4	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	5	10	5	15
5	Attività di rischio clinico: infezioni correlate all'assistenza	Invio di almeno 1 scheda compilata alla SOS QARC	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10	15	10	15
6	Firmare digitalmente i verbali PS	Valore atteso >= 98% verbali firmati digitalmente	Dato 2021: 99% (fonte SEI)	10		10	
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso >= 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021: 100%	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 >= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2021 : 89,7% (gen-nov)	15		20	
9	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		15	10	15	10

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

** Piattaforma emergenza San Daniele

Totale parziale comparto

Punteggio presente in altra scheda (Anest SD)

Totale punteggio attribuito

50	50	50	50
100	100	100	100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo

Dipartimento Emergenza e Percorsi Operatori

Direttore: Loris D'Orlando

SOC Pronto Soccorso di Tolmezzo

Direttore: Pier Paolo Pillinini

Piattaforma Emergenza Tolmezzo

Coordinatore ad interim PS e Medicina D'Urgenza: Tarcisia Fadin

Coordinatore ad interim Sale operatorie e Anestesia: Luigina Zanier

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo		Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022	
				Dirigenti*	Comparto**	Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.							
1	2.4.1.2.1 Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (criterio Bersaglio)	Miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al 2021, portandola a valori almeno dell'80%.	Dato 2021: 84,0%	10	10	obiettivo stralciato	
2	2.4.1.2.2 Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (criterio Bersaglio)	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%.	Dato 2021: 85,5%	10	10	obiettivo stralciato	
3	2.4.1.2.3 Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza	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	5	20	10
Ulteriori Obiettivi							
4	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10	5	10	10
5	Attività di rischio clinico: infezioni correlate all'assistenza	Invio di almeno 1 scheda compilata alla SOS QARC	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	10	10	10	20
6	Firmare digitalmente i verbali di PS	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021=59%	10		15	
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 79%	15		20	
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	Dato 2021: 100% (gen-nov)	15		15	
9	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		10	10	10	10

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma emergenza Tolmezzo

Totale parziale comparto		50	50
Punteggio presente in altra scheda (Ane TO)		50	50
Totale punteggio attribuito	100	100	100



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Medico

SOC Riabilitazione di San Daniele
Direttore f.f.: Lorenzo Somma
Piattaforma Riabilitazione Ospedaliera
Coordinatore ad interim: Corrado Tosetto

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo		Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022		
				Dirigenti*	Comparto**	Dirigenti*	Comparto**	
Obiettivi da P.A.								
1	Ripristino dei volumi Visita fisiatrica	Assicurare volumi complessivi per <i>Visita fisiatrica</i> su tutte le sedi (tutte le priorità). Valore Target: 4500		50		50		
Ulteriori Obiettivi								
2	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	15	15	15	15	
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021: 99%	25		25		
4	Assicurare i volumi dei trattamenti riabilitativi dell'anno 2021 (6.109)	Valore Target atteso: 6.110	Fonte dato SIASA		25		75	
5	Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Trasmissione mensile della rilevazione entro il 15 del mese successivo (a partire dal mese di Settembre 2022)		5	25	obiettivo stralciato		
		Aderenza della classe di priorità B nel 90% dei casi: analisi mensile delle non conformità	Valutazione ultimo trimestre	5	25	obiettivo stralciato		
6	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C			10	10	10	
				Totale punteggio attribuito	100	100	100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma riabilitazione ospedaliera



Presidio Ospedaliero San Daniele-Tolmezzo
Dipartimento Medico

SOC Riabilitazione di Tolmezzo

Direttore: Lorenzo Somma

Piattaforma Riabilitazione Ospedaliera

Coordinatore ad interim: Corrado Tosetto

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo		Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022	
				Dirigenti*	Comparto**	Dirigenti*	Comparto**
Obiettivi da P.A.							
1	Ripristino dei volumi Visita fisiatrica	Assicurare volumi complessivi per Visita fisiatrica su tutte le sedi (tutte le priorità). Valore Target: 4500		35		50	
Ulteriori Obiettivi							
2	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.	15	15	15	15
3	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021: 99%	20		25	
4	Assicurare i volumi dei trattamenti riabilitativi dell'anno 2021 (13.647)	Valore Target atteso: 13.650	Fonte dato SIASA Attenzione: avviata revisione protocolli trattamenti riabilitativi		25		75
5	Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo STRALCIATO	Trasmissione mensile della rilevazione entro il 15 del mese successivo (a partire dal mese di Settembre 2022)		5	25	obiettivo stralciato	
		Aderenza della classe di priorità B nel 90% dei casi: analisi mensile delle non conformità	Valutazione ultimo trimestre	5	25	obiettivo stralciato	
6	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		20	10	10	10
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

**Piattaforma riabilitazione ospedaliera



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento di Emergenza

RID: Tiziana Tellini
SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
Direttore: Rino Colussi

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo			
				Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
Obiettivi da P.A.							
1	B.3 Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per la priorità B, in caso di richiesta appropriata. Relazione sull'appropriatezza delle priorità B eseguite.	Valutazione secondo semestre	5	5		
2	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita algologica con priorità diversa da U e B. Valore Target: 150 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite algologiche (tutte le priorità): valore atteso 312 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		10	10		
Ulteriori Obiettivi							
3	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75% (4°trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			25	40
4	Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria relativamente al timing	% di adeguatezza alla profilassi antibiotica perioperatoria ≥75% (4°trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			20	30
5	Partecipazione al corso di alfabetizzazione sulla gestione del rischio clinico	Partecipazione di almeno n.2 professionisti del comparto e n.1 dirigente medico	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			5	5
6	Redazione del documento "Preso in carico del paziente post-operato da parte dell'Area di Emergenza (SOC Anestesia) della Sede di Latisana"	Evidenza del documento entro il 31.12.22	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	20	10	50	25
7	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/2022.	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce.	Da maggio 2022.	5			
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 100%	10	15		
9	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 73%	20	30		
10	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 2021: 73,1% (gen-nov)	20	30		
11	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda.	Entro i termini stabiliti dalla SOC P&C.		10			
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento di Emergenza

RID: Tiziana Tellini

SOC Cardiologia

Direttore: Maria Grazia Baldin

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento di Emergenza
SOC Cardiologia

Direttore SOC Maria Grazia Baldin

SCHEDA RISORSE PROFESSIONALI - Fonte: Portale Job Time al 15/01/2022

	N. Dirigenti Medici, Sanitari, PTA	<i>Di cui assenti per Comando o Aspettativa</i>	Full Time Equivalent <i>* Esclusi Comandi e Aspettative</i> <i>**Direttori di SOC valorizzati 0,7 FTE.</i>
SOC CARDIOLOGIA	5		4,7
Dirigente Medico	5		4,7

Nominativi dei Dirigenti per Struttura e Qualifica <i>* Esclusi Comandi e Aspettative</i>
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA PM - LT
SOC CARDIOLOGIA
Dirigente Medico
BALDIN MARIA GRAZIA
BUSIELLO VINCENZO
CESANELLI ROBERTO
DI FONZO GIUSEPPE
GAMBA CLAUDIA

	N. Personale Comparto	<i>Full Time Equivalent</i> <i>* Esclusi Comandi e Aspettative</i>
CARDIOLOGIA COMP. (PM)	9	8,8
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	7	6,8
Operatore Socio Sanitario	2	2,0



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Chirurgico

Direttore: Mario Sorrentino

SOC Chirurgia Generale

Direttore: Mario Sorrentino

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo	
				Direttore*	Dirigenza
Obiettivi da P.A.					
1	E.1 % di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (criterio PNE)	% colecistectomia laparoscopica >=80%	Dato 2021: 78,4%		15
2	2.1.2 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 2° livello di screening	% cartelle correttamente compilate ≥ 95%	Dato 2021: 99,6%		10
3	2.1.2 Screening colon retto - garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: >= 90%	Dato 2021: 91,3%		10
4	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Colon: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg ≥ 90%	Dato 2021: 87% su 45 interventi		10
5	C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa per ricoveri elettivi oncologici	Mammella: interventi elettivi oncologici realizzati entro 30gg ≥ 90%	Dato 2021: 75% su 85 interventi		5
Ulteriori Obiettivi					
6	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75% (4° trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico.		5
7	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/2022.	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce.	Da maggio 2022.		10
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 99%		5
9	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 99%		5
10	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	Dato 2021: 99,5% (gen-nov)		5
11	Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2021 sulla compilazione del registro	dato 2021: 5,1% mancate compilazioni e/o errori		15
12	Riorganizzazione attività chirurgica nelle due sedi ospedaliere	Ricoveri di Day surgery: <10% sede di Latisana sul totale dei ricoveri (escluso urologia) - Ricovero ordinario: <10% (comprensivi di DH over night) sede di Palmanova sul totale dei ricoveri (escluso urologia) Ricoveri ordinari sede di Palmanova <= 10% [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.022]			5

Totale punteggio attribuito 0 100

* Direttore valutato su scheda di Dipartimento



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Chirurgico

Direttore: Mario Sorrentino

SOC Oculistica

Direttore f.f.: Sabrina Crovato

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo	
				Direttore	Dirigenza
Obiettivi da P.A.					
1	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Visita oculistica con priorità diversa da U e B. Valore Target (riparametrato): 1.040		15	15
2		Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Cataratta con priorità diversa da U e B. Valore Target (riparametrato): 372		15	15
3		Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per Iniezione intravitreale con priorità diversa da U e B. Valore Target (riparametrato): 247		15	15
Ulteriori Obiettivi					
4	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 99%	5	5
5	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 100%	5	5
6	Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2021 sulla compilazione del registro	Dato 2021: 13,3% mancate compilazioni e/o errori	20	20
7	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	Dato 2021: 100% (gen-nov)	10	10
8	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda.	Entro i termini stabiliti dalla SOC P&C.		10	
9	Premesso che la nota 98 evidenzia che: -“aflibercept, bevacizumab, brolocizumab e ranibizumab possono essere considerati sostanzialmente sovrapponibili nell’indicazione AMD”; -“aflibercept, bevacizumab e ranibizumab possono essere considerati sovrapponibili nell’indicazione DME nei pazienti con visus non peggiore di 20/40 (pari ad almeno 5/10)”. Assicurare l’applicazione della nota AIFA n°98 con particolare riferimento all’impiego, laddove indicato, del medicinale dal miglior rapporto di costo-efficacia: bevacizumab anche attraverso l’adozione di un idoneo modulo prescrittivo.	Monitoraggio nell’utilizzo della formulazione intravitreale di bevacizumab. Impiego del modulo prescrittivo concordato in tutti i casi in cui non si faccia ricorso al medicinale dal miglior rapporto di costo-efficacia.	Valutazione a cura del Servizio Farmaceutico: arco temporale ultimo trimestre 2022.	5	15
Totale punteggio attribuito				100	100



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento Materno Infantile

SOC Ostetricia e Ginecologia
Direttore f.f.: Simona Melazzini

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo			
				Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
Obiettivi da P.A.							
1	E1 - H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	% ≤ 15%	Dato 2021: 15,5%	5	5		
2	E2.1 Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi (criterio Bersaglio)	% di episiotomie ≤ 19%	Dato 2021: 21,3%	5	5		
3	E2.1 Riduzione del numero di parti operativi sul totale dei parti vaginali (criterio Bersaglio)	% di parti operativi ≤ 7%	Dato 2021: 9,6%	5	5		
Ulteriori Obiettivi							
4	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75%	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			25	30
5	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (solo Ostetricia) (4°trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			25	30
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 90%	10	10		
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 88%	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 ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2021: 99,8% (gen-nov)	5	5		
9	Corretta codifica delle SDO di parto	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 2021: 100%	5	5		
10	Corrispondenza episiotomia registrata su Cedap e su SDO	Nel secondo semestre il 95% dei parti con episiotomia devono avere la codifica di episiotomia sia su SDO che su Cedap	Dato 2021: 90,9%	5	10	10	10
11	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 2022 il 95% delle SDO di IVG e aborto spontaneo deve essere compilato entro il 10 del mese successivo alla dimissione [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		5	5		

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo			
				Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
12	Compilazione corretta delle Schede Istat di IVG e aborto spontaneo	Nel 2° semestre 2022 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 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]		5	5		
13	Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2021 sulla compilazione del registro	dato 2021: 6,7% mancate compilazioni e/o errori	5	10		
14	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/2022.	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce.	Da maggio 2022.	5			
15	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda.	Entro i termini stabiliti dalla SOC P&C.		10			
16	Applicazione del PDTA per le donne vittime di violenza.	Relazione sulle attività svolte entro il 31 gennaio 2023.		10	5	20	10
17	Predisposizione di nuovo modello cartaceo di cartella clinica ostetrica (revisione del format e dei contenuti).	Evidenza al 31.12 di nuovo modello di cartella clinica ostetrica.		5	10	10	10
18	Predisposizione di nuovo partogramma (revisione di format e contenuti).	Evidenza al 31.12. di nuovo partogramma.		5	10	10	10
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento di Emergenza

RID: Tiziana Tellini

SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza Palmanova

Direttore: Luciano Strizzolo

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo				Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022			
				Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto	Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
Obiettivi da P.A.											
1	2.4.1.2.1 Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (criterio Bersaglio)	Miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al 2021, portandola a valori almeno dell'80%.	Miglioramento della performance 2021.	5	5	5	5	obiettivo stralciato			
2	2.4.1.2.2 Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (criterio Bersaglio)	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%.	Miglioramento della performance 2021.	5	5	5	5	obiettivo stralciato			
Ulteriori obiettivi											
3	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75% (4° trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico		10	30	30		10	30	30
4	Completezza valutazione dolore (dato osservato solo per Medicina d'Urgenza)	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore dall'accesso in Medicina d'Urgenza >80% (4° trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			25	25			25	25
5	Redazione di istruzioni operative per il superamento della contenzione dei pazienti degenti. (dato osservato solo per Medicina d'Urgenza)	Evidenza del documento	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	10	5	20	20	10	5	20	20
6	Inserimento nel verbale di Pronto Soccorso di una macro con le indicazioni prescrittive mediche e con la registrazione infermieristica della somministrazione della terapia farmacologica (cfr. FUT-Foglio Unico di Terapia adattato al contesto)	Evidenza della modifica (in fase di avvio 2022 solo per attività ambulatoriale di PS - esclusa OBI)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5	15	15	15	15	25	25
7	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) (SOLO per Medicina d'Urgenza, NON per PS)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 50% (Medicina d'urgenza; 4°trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	10	10			10	10		
8	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente (4°trimestre)	Dato 2021= 86% (criticità del sistema informatico e presenza di collaboratori esterni)	5	5			5	5		
9	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente (4°trimestre)	Dato 2021= 93%	25	30			25	30		
10	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 2021: 100% (gen-nov)	25	25			25	25		
11	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda.	Entro i termini stabiliti dalla SOC P&C.		10				10			
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100	100	100	100	100



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento di Emergenza

RID: Tiziana Tellini

SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza Latisana

Direttore: Paola Perfetti

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo				Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022			
				Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto	Direttore	Dirigenza	Coord.	Comparto
Obiettivi da P.A.											
1	2.4.1.2.1 Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (criterio Bersaglio)	Miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al 2021, portandola a valori almeno dell'80%	Dato 2021: 64,8%	10	10	5	5	obiettivo stralciato			
2	2.4.1.2.2 Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (criterio Bersaglio)	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%	Dato 2021: 77,9%	15	15	10	10	obiettivo stralciato			
3	2.4.1.2.3 Consolidamento del percorso per le donne oggetto 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%				15	15			15	15
Ulteriori Obiettivi											
4	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75% (4° trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico		5	20	20		10	45	45
5	Completezza valutazione dolore (dato osservato SOLO per Medicina d'Urgenza, NON per PS)	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore dall'accesso in Medicina d'Urgenza >80% (4° trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico			20	20	obiettivo stralciato			
6	Completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) (dato osservato SOLO per Medicina d'Urgenza, NON per PS)	% completezza del foglio unico di terapia (parte prescrittiva) ≥ 50% (Medicina d'urgenza; 4° trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5			obiettivo stralciato			
7	Redazione di istruzioni operative per il superamento della contenzione dei pazienti degenti. (dato osservato solo per Medicina d'Urgenza)	Evidenza del documento	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5	15	15	obiettivo stralciato			
8	Utilizzo del programma SEI per riportare le indicazioni prescrittive mediche e la registrazione infermieristica della somministrazione della terapia farmacologica (cfr. FUT-Foglio Unico di Terapia adattato al contesto)	Evidenza della modifica	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5	15	15	45	45	40	40
9	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali Firmare digitalmente i verbali di Pronto Soccorso [MODIFICATO A SEGUITO DEL MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente Valore atteso % verbali firmati digitalmente maggiore rispetto all'anno precedente [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Dato 2021= 88%	20	20			45	45		
10	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 50%	20	25			obiettivo stralciato			
11	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	Dato 2021: 89,8% (gen-nov)	10	10			obiettivo stralciato			
12	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda.	Entro i termini stabiliti dalla SOC P&C.		10				10			
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100	100	100	100	100



Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Medico

RID: Claudia Ganzini

SOC Riabilitazione

Direttore: Tullio Giorgini

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo				Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022			
				Direttore	Dirigenza	Coordinat.	Comparto	Direttore	Dirigenza	Coordinat.	Comparto
Ulteriori obiettivi											
1	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75% (4°trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5	25	25	5	5	25	25
2	Completezza valutazione dolore	% di completezza della valutazione del dolore entro 2 ore in occasione degli episodi algici >80% (4°trimestre)	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5	15	15	5	5	25	25
3	Partecipazione al corso di alfabetizzazione sulla gestione del rischio clinico	Partecipazione di almeno n.2 professionisti del comparto e n.1 dirigente medico	Monitoraggio a cura del Rischio Clinico	5	5	10	10	5	5	15	15
4	Assicurare i volumi dei trattamenti riabilitativi dell'anno 2021 (16.245)	Valore Target atteso: 16.250	Fonte dato SIASA			15	15			35	35
5	Trasmissione reportistica mensile per la rilevazione dei tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti in trattamento riabilitativo	Trasmissione mensile della rilevazione entro il 10 del mese successivo (a partire dal mese di Settembre 2022)		10		30	30	obiettivo stralciato			
		Aderenza della classe di priorità B nel 90% dei casi: analisi mensile delle non conformità	Valutazione ultimo trimestre	5		5	5	obiettivo stralciato			
6	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 98% referti firmati digitalmente	Dato 2021= 98%	15	30			20	30		
7	Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore atteso ≥ 98% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2021= 100%	15	30			15	30		
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	Dato 2021: 100% (genov)	20	25			20	25		
9	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/2022.	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce.	Da maggio 2022.	10				15			
10	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda.	Entro i termini stabiliti dalla SOC P&C.		10				15			
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100	100	100	100	100



Direzione dei Servizio Socio Sanitari
GESTIONI DELEGATE
Strutture e servizi per la disabilità ex AAS3 ed ex ASUIUD- SIL
Direttore: David Turello

OBIETTIVI 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

Direzione dei servizi socio sanitari

Direttore: David Turello

Strutture e servizi per la disabilità ex AAS3 ed ex ASUIUD - SIL

(vedi nota del Direttore dei Servizi sociosanitari ad interim, dott. David Turello, prot. n. 158331 del 6/10/2022)

SCHEMA OBIETTIVI 2022

			Obiettivo incentivato (punteggio max attribuito)	
			Peso	
Obiettivo	Risultati attesi	Note	ex AAS3	ex ASUIUD
Avviare il percorso di coinvolgimento degli Enti del terzo settore che hanno manifestato interesse alla co-progettazione, attivando i tavoli tecnici, finalizzati alla co-costruzione 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	Evidenza dei verbali dei tavoli tecnici		25	33
Riattivare, a seguito del ripristino del pieno funzionamento dei servizi semiresidenziali aziendali - dopo la sospensione causa COVID19, progetti di inclusione sociale volti a sostenere percorsi territoriali di cittadinanza attiva	Nei servizi semiresidenziali viene attivato almeno 1 progetto con il territorio di appartenenza che sostiene programmi di intervento allineati con gli obiettivi del progetto di vita delle persone con disabilità coinvolte. Evidenza del progetto		25	33
Predisporre il nuovo capitolato della gestione dei servizi per la disabilità necessario alla pubblicazione della manifestazione di interesse da parte di ARCS	Evidenza del capitolato, previa realizzazione degli incontri del gruppo tecnico		25	34
Implementare e perfezionare le procedure di collaborazione con il Sil del Camp, finalizzate al supporto dei progetti personalizzati di integrazione lavorativa (Dgr 2429/2015) per i cittadini disabili afferenti al SIL del Distretto di San Daniele, che possono concludere i tirocini di inclusione sociale e sperimentare i tirocini di sviluppo competenze e assunzione gestiti dal SIL del Camp.	Predisposizione di almeno 2 progetti personalizzati di integrazione lavorativa, ai sensi del Dgr2429/2015 (finanziati tramite il Sil del Camp), per altrettanti tirocinanti che abbiano raggiunto le abilità lavorative		25	
<i>Totale punteggio attribuito</i>			100	100



Direzione Sanitaria

SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO SAN DANIELE TOLMEZZO

Direttore f.f.: Loris d'Orlando

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEMA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo	
				Dirigenza*	Comparto**
Obiettivi da Piano Annuale					
1	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per <i>Visita oncologica con priorità diversa da U e B</i> . Valore Target: 194 Mantenere i volumi di attività 2021 prime visite oncologiche (tutte le priorità): valore atteso 654 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]			10
2	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Valore Target: 400 visite nefrologiche (prima visita).			10
4	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per <i>Visita cardiologica</i> con priorità diversa da U e B. Valore Target: 1598			10
7	C.2.2 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere 85% volumi del 2019 (maggio-dicembre) per <i>Test da sforzo</i> con priorità diversa da U e B. Valore Target: 249			10
8	Prestazioni di specialistica ambulatoriale: <i>Visita ortopedica (San Daniele)</i>	Target atteso complessivo: 5500 visite compreso Pronto Soccorso			10
10	C.1 Ricognizione dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Collaborazione alla predisposizione della relazione per DCS e ARCS		10	
11	C.1 Ricognizione da parte degli Enti 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		15	
12	C. 1 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		15	
Ulteriori Obiettivi					
14	Attività di rischio clinico : compliance igiene delle mani	compliance >= 80%			30
15	Attività di correlata al prelievo di tessuti	15 prelievi di cornee per la sede di TO. Esecuzione di incontro con CRT + individuazione referenti + 3 valutazioni di possibili donatori per la sede di SD			20
16	Monitoraggio del Piano per il recupero delle liste d'attesa ex DGR 106/2022 e DGR 365/22	Trasmissione degli schemi di riepilogo per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero/intervento alla SC P&C entro il 5 del mese successivo a quello cui l'attività si riferisce	Da maggio	20	
17	Mantenimento dell'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato	Evidenza della collaborazione all'effettuazione dei controlli di appropriatezza		5	
18	Predisporre la rendicontazione a consuntivo degli obiettivi della scheda	Entro i termini stabiliti dalla P&C		20	

*comprende anche il Direttore/Responsabile della struttura

Totale punteggio attribuito

100

100

**comprende comparto Direzione Medica SD TO, Piattaforma servizi clinici e Piattaforma ambulatoriale aziendale



Direzione Amministrativa

SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA
P.O. San Daniele e Tolmezzo P.O. SMM e IMFR "GERVASUTTA"
Direttore: Stefano Bergagna

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo		Peso obiettivo MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022	
				Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
Obiettivi da Piano Annuale							
1	7.8 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		10	15	10	15
2	Monitoraggio degli obblighi di formazione del personale in materia di privacy, in collaborazione con l'ufficio Formazione	Report al 31.12.2022		10	15	10	15
3	Numero 2 valutazioni di impatto relative al trattamento dei dati	documento di valutazione di impatto con relativi esiti : entro il 30/12/2022		10	15	10	15
4	Revisione della modulistica dei Distretti per la normativa privacy	relazione dell'attività svolta : entro il 30/12/2022		10	15	10	15
5	Mobilità Sanitaria Internazionale (Linee annuali per la gestione SSR 2022 - Delibera G.R. n.321 del 11_03_2022 - Linea 12.2.3)	Evidenza dell'attività svolta. Relazione entro il 31.1.2023		5	5	obiettivo stralciato	
Ulteriori Obiettivi							
6	Aggiornamento Manuale Autocontrollo del Centro Cottura a gestione diretta del PO di SD : creazione/revisione di almeno n° 3 istruzioni Operative (IO) su specifiche attività legate a procedure in essere sulla gestione della sicurezza alimentare	- Revisione Format delle istruzioni Operative e creazione dei documenti entro il 31.10.2022 - Condivisione con il personale operativo interessato (formazione) entro 30.11.2022		10	5	15	10
7	Elaborazione proposta di Regolamento di organizzazione dell'attività libero professionale	Entro 10.10.2022		25	10	25	10
8	Approvazione mediante Determina della procedura inerente al recupero crediti	Entro il 31.7.2022		5	5	5	5
9	Ricognizione attività di front office garantita nelle sedi di afferenza con evidenza degli orari di apertura, delle funzioni svolte e del personale dedicato	Report entro il 30.11.2022		5		5	
10	Indicare le misure organizzative che si intendono adottare, in un'ottica di miglioramento, in relazione all'attività di recupero crediti.	Relazione entro il 30.09.2022		5	5	5	5
11	Mappatura dei processi gestionali a seguito della ridefinizione delle competenze correlate all'adozione dell'atto aziendale	Compilazione format entro il 15.11.2022		5	10	5	10
Totale punteggio attribuito				100	100	100	100



Direzione Amministrativa

SOC GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore ad interim: Francesco Magris

Budget 2022

A cura della SOC Programmazione Attuativa

SCHEDA OBIETTIVI 2022

n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Peso obiettivo incentivato
				Dirigenza e Comparto ex AAS2 e AAS3
Obiettivi da Piano Annuale				
1	A. Piano regionale di assistenza territoriale	Rendicontazione periodica alla SC P&C, in corrispondenza con la rendicontazione trimestrale, sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano		5
2	A. Attuazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera	Rendicontazione periodica alla SC P&C, in corrispondenza con la rendicontazione trimestrale, sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano		5
3	A. Rendicontazione costi COVID-19	Rendicontare i costi sostenuti secondo le indicazioni regionali		5
4	10.1.9 Stabilizzazione del personale precario	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)				
5	PTPCT : Predisposizione Regolamento conferimento incarichi PTA	Proposta adozione Regolamento conferimento incarichi PTA entro 30 settembre 2022	Area relazioni sindacali. Verifica da parte della RPCT	5
6	PTPCT : Miglioramento accessibilità CV Consulenti e Collaboratori e incarichi amministrativi di vertice	Da settembre 2022 evidenza del caricamento del CV dei nuovi incaricati in formato aperto (es.pdf elaborabile)	Area giuridica. Verifica da parte della RPCT	5
7	PTPCT : Miglioramento accessibilità CV Incarichi Dirigenziali	Da settembre 2022 evidenza del caricamento del CV dei nuovi incaricati in formato aperto (es.pdf elaborabile)	Area giuridica. Verifica da parte della RPCT	5
8	PTPCT : Miglioramento accessibilità CV Posizioni Organizzative (Incarichi del comparto)	Da settembre 2022 evidenza del caricamento del CV dei nuovi incaricati in formato aperto (es.pdf elaborabile)	Area giuridica. Verifica da parte della RPCT	5
9	PTCT: Perfezionamento Regolamento borse di Ricerca con definizione presupposti normativi	Proposta Adozione Regolamento perfezionato con i riferimenti normativi ovvero proposta di soluzione operativa diversa	Area giuridica. Verifica da parte della RPCT	5
10	PTPCT : attuazione obiettivi Amministrazione Trasparente	Rispetto obblighi trasparenza ed in particolare evidenza del rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei tassi di assenza e retribuzioni [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Area economica e Area giuridica Verifica da parte della RPCT	5

				Peso obiettivo incentivato
n.	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Dirigenza e Comparto ex AAS2 e AAS3
Ulteriori Obiettivi				
11	Progettazione schede di valutazione individuale per SMVP 2023	Proposta entro il 15.10.2022	Area relazioni sindacali	5
12	Organizzazione materiale sindacale su piattaforma informatica	Evidenza: contenuti piattaforma informatica	Area relazioni sindacali	5
13	Supporto al Direttore Amministrativo con riferimento agli atti ed alle questioni giuridiche della SOC Politiche del Territorio	Evidenza delle principali questioni trattate	Area relazioni sindacali	5
14	Riprogettazione processo gestionale di assunzione del personale del comparto - (dal Decreto di assunzione alla fase di immissione in servizio)	Relazione AS IS AS TO BE entro 31/12/2022, con evidenziazione dei miglioramenti apportati.	Area giuridica	5
15	Proposta di un nuovo flusso di valutazione della performance individuale in cui si delinano le caratteristiche del sistema informatico da acquisire	Proposta entro il 15.10.2022	Area giuridica	5
16	Monitorare il budget del proprio Centro di Risorsa	Evidenza dei report, completi di relazione analisi scostamenti, inviati alla GEF nei tempi definiti	Area economica	5
17	Progettazione fasi di controllo e tempistiche di erogazione degli incentivi economici e delle RAR per sistema SMVP 2023	Proposta entro il 15.09.2022 30.11.2022 [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Area economica	5
18	Piano scadenziario degli adempimenti a carico dell'area	Scadenziario adempimenti anno 2022, trasmesso alla Direzione Amministrativa entro 30.9.2022 30.11.2022. [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022] Scadenziario adempimenti anno 2023, trasmesso alla Direzione Amministrativa entro 15.12.2022	Area economica	5
19	Indicazione delle misure organizzative che si intendono adottare, in un'ottica di miglioramento, al fine del mantenimento dell'indice di tempestività aziendale dei pagamenti minore/uguale a zero.	Relazione entro il 30.9.2022 30.11.2022. [MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO AL 30.9.2022]	Area economica	5
20	Mappatura dei processi gestionali a seguito della ridefinizione delle competenze correlate all'adozione dell'atto aziendale	Compilazione format entro il 15.11.2022	Area relazioni sindacali, giuridica, economica	5

Totale punteggio attribuito 100