



**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. 1399**

**DEL 14/12/2023**

**AVENTE AD OGGETTO:**

Monitoraggio performance organizzativa: approvazione modifiche e integrazioni schede 2023

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 dott. Massimo Di Giusto**

**OGGETTO:** Monitoraggio performance organizzativa: approvazione modifiche e integrazioni schede 2023

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

**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 decreto del Direttore Generale n. 767 del 06/07/2023 di "Approvazione ed adozione Sistema di Misurazione e Valutazione Performance ASUFC" (di seguito SMVP ASUFC) che prevede il monitoraggio periodico degli obiettivi al fine di misurare lo stato di avanzamento delle diverse progettualità e porre in essere gli eventuali interventi correttivi e stabilisce che le variazioni, approvate dalle competenti Direzioni, vanno formalizzate con decreto del Direttore generale di modifica del Documento annuale di Performance Organizzativa;

**RICHIAMATO** il decreto n. 946 del 4 settembre 2023 "Performance organizzativa 2023: approvazione schede" che oltre ad approvare le schede, ha individuato i Centri di responsabilità di performance organizzativa per l'anno 2023;

**PRESO ATTO** che in data 22/9/2023 si è avviato il monitoraggio della performance 2023, a seguito del quale è stato richiesto alle strutture di descrivere per ciascun obiettivo le attività realizzate al 30/9/2023, evidenziando eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi e proponendo modifiche a quanto previsto;

**RILEVATO** che 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 dalle strutture riguardano principalmente modifiche alla dotazione organica e alle modalità di gestione operativa, intervenute successivamente alla definizione degli obiettivi;

**CONSIDERATO** che sulle richieste di modifica/stralcio pervenute alla SOC Programmazione Attuativa è stato chiesto il parere al Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore di Dipartimento Assistenza Ospedaliera a seconda della competenza, così come previsto dal paragrafo 5.4 del SMVP ASUFC;

**RITENUTO** pertanto di procedere, secondo quanto concordato con le Direzioni competenti, alla modifica di obiettivi, risultati attesi e/o alla ridefinizione dei punteggi, ove necessario, delle seguenti schede di performance organizzativa:

- Centro regionale Malattie Rare
- SOSD Servizio Prevenzione Protezione e Gestione Ambientale
- SOC Direzione Medica IMFR
- SOC Farmacia Alto Friuli
- SOC Farmacia S. Maria della Misericordia
- SOC Farmacia Bassa Friulana
- SOC Centro Regionale Malattie Rare
- SOC Urologia SMM
- SOSD Chirurgia Senologica
- SOC Oculistica Latisana Palmanova
- SOC Oculistica Udine
- SOC Clinica Oculistica
- SOSD Elisoccorso
- SOSD Terapia del Dolore
- SOSD Radiologia d'Urgenza ed Emergenza
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Tolmezzo

- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza S. Daniele
- SOC Anestesia e Rianimazione Tolmezzo
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Palmanova
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Latisana
- SOC Anestesia e Rianimazione Palmanova
- SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
- SOC Neurochirurgia
- SOC Chirurgia Vertebro Midollare;

**TENUTO CONTO** che, in sede di monitoraggio, sono inoltre emersi alcuni errori materiali nelle schede, approvate con decreto n. 946/2023, delle seguenti strutture e che si rende necessario correggere:

- SOC Avvocatura
- SOSD Gestione Amm.va Ricerca, Sperimentazioni e Progetti finanziati
- SOSD Governo degli Standard clinico assistenziali
- SOC Otorinolaringoiatria Latisana Palmanova
- Distretto Friuli Centrale
- SOC Neuropsichiatria Infantile Udine

**VISTA** inoltre la D.G.R. n. 1798 del 16/11/2023 "LR 22/2019. Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio Sanitario Regionale – anno 2023. Approvazione" con cui la Regione ha approvato il Piano Attuativo (PA) aziendale 2023 e disposto la modifica di alcuni obiettivi ad impatto sulla scheda di performance della SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione, che pertanto viene modificata;

**RILEVATO** che in data 31/10/2023 è pervenuta dal Direttore sanitario la scheda della SOC Gestione Prestazioni Sanitarie;

**PRESO ATTO** che le strutture di seguito elencate non hanno dato riscontro al monitoraggio:

- SOSD Medicina Legale della Responsabilità Sanitaria
- SOC Affari Generali e Organizzazione

- SOSD Gestione Amministrativa Ricerca, Sperimentazioni e Progetti Finanziati
- SOS Formazione e Valorizzazione del Personale
- SOC Trattamento Economico Risorse Umane
- SOC Direzione Amministrativa Presidio S. Maria della Misericordia - IMFR Gervasutta
- SOC Direzione Amministrativa Presidio S. Daniele -Tolmezzo
- SOC Oncologia S. Daniele – Tolmezzo
- SOSD Urologia S. Daniele – Tolmezzo
- SOC Clinica Neurologica
- SOC Chirurgia S. Maria della Misericordia
- SOSD Angiologia e Diagnostica Vascolare
- SOC Otorinolaringoiatria Udine
- SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
- SOC Cardiologia Palmanova-Latisana

**TENUTO CONTO** che è ancora il corso la progressiva attuazione dell'Atto aziendale con l'individuazione degli incarichi, in particolare per il personale del comparto, e che quindi è necessario, in sede di prima applicazione del nuovo SMVP di ASUFC, collegare tutte le articolazioni organizzative ad uno dei Centri di Responsabilità di performance organizzativa di cui al Decreto DG n.946/2023;

**DATO ATTO** che il collegamento sopra indicato è stato attuato, per il tramite dei referenti del comparto, sentiti i responsabili delle strutture, a partire dallo scarico SDOPE al 30/9/2023 e l'esito sarà trasmesso alla SOC Trattamento Economico Risorse Umane ai fini dell'integrazione tra performance organizzativa e performance individuale;

**RITENUTO** pertanto per tutti i motivi sopra riportati di apportare le modifiche, integrazioni e correzioni alle schede di performance organizzativa 2023 delle strutture di seguito evidenziate:

- SOC Avvocatura

- SOSD Gestione Amm.va Ricerca, Sperimentazioni e Progetti finanziati
- Centro regionale Malattie Rare
- SOSD Servizio Prevenzione Protezione e Gestione Ambientale
- SOC Gestione Prestazioni Sanitarie
- SOC Direzione Medica IMFR
- SOSD Governo degli Standard clinico assistenziali
- SOC Farmacia Alto Friuli
- SOC Farmacia S. Maria della Misericordia
- SOC Farmacia Bassa Friulana
- SOC Urologia SMM
- SOSD Chirurgia Senologica
- SOC Oculistica Latisana Palmanova
- SOC Oculistica Udine
- SOC Clinica Oculistica
- SOSD Elisoccorso
- SOSD Terapia del Dolore
- SOSD Radiologia d'Urgenza ed Emergenza
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Tolmezzo
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza S. Daniele
- SOC Anestesia e Rianimazione Tolmezzo
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Palmanova
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Latisana
- SOC Anestesia e Rianimazione Palmanova
- SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
- SOC Neurochirurgia
- SOC Chirurgia Vertebro Midollare
- SOC Otorinolaringoiatria Latisana Palmanova
- Distretto Friuli Centrale
- SOC Neuropsichiatria Infantile Udine
- SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione.

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

**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, per quanto di rispettiva competenza;

### **DECRETA**

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

1) di approvare le modifiche, integrazioni e correzioni delle schede di budget 2023 delle strutture di seguito elencate:

- SOC Avvocatura
- SOSD Gestione Amm.va Ricerca, Sperimentazioni e Progetti finanziati
- Centro regionale Malattie Rare
- SOSD Servizio Prevenzione Protezione e Gestione Ambientale
- SOC Gestione Prestazioni Sanitarie
- SOC Direzione Medica IMFR
- SOSD Governo degli Standard clinico assistenziali
- SOC Farmacia Alto Friuli
- SOC Farmacia S. Maria della Misericordia
- SOC Farmacia Bassa Friulana
- SOC Urologia SMM
- SOSD Chirurgia Senologica
- SOC Oculistica Latisana Palmanova
- SOC Oculistica Udine
- SOC Clinica Oculistica
- SOSD Elisoccorso

- SOSD Terapia del Dolore
- SOSD Radiologia d'Urgenza ed Emergenza
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Tolmezzo
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza S. Daniele
- SOC Anestesia e Rianimazione Tolmezzo
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Palmanova
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Latisana
- SOC Anestesia e Rianimazione Palmanova
- SOC Anestesia e Rianimazione Latisana
- SOC Neurochirurgia
- SOC Chirurgia Vertebro Midollare
- SOC Otorinolaringoiatria Latisana Palmanova
- Distretto Friuli Centrale
- SOC Neuropsichiatria Infantile Udine
- SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione

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

- 2) di trasmettere il presente provvedimento agli uffici competenti per la pubblicazione sul sito aziendale nella specifica sezione di Amministrazione Trasparente;
- 3) di trasmettere copia del presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente

Il Direttore Amministrativo  
**avv. Francesco Magris**

Il Direttore Sanitario  
**dott. David Turello**

Il Direttore dei Servizi Sociosanitari  
**Dott. Massimo Di Giusto**

Il Direttore Generale  
**dott. Denis Caporale**



Allegati:

1	Allegato 1.pdf
---	----------------

# 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: 14/12/2023 12:49:13

IMPRONTA: 96BFAE0D2707D44DD4E3BF6D8396D4C0DD05F6D56F28D673CC9A60DE78DA42F4  
DD05F6D56F28D673CC9A60DE78DA42F4B14DCF88B99D4F20BEB3874634EF722A  
B14DCF88B99D4F20BEB3874634EF722AD5D9BECADBEC9AC2B0EA394939E221C8  
D5D9BECADBEC9AC2B0EA394939E221C8AF5C4E36991126231E0D8B8EDC2E0320

NOME: MASSIMO DI GIUSTO

CODICE FISCALE: DGSM70R19L483N

DATA FIRMA: 14/12/2023 12:56:41

IMPRONTA: A9AFB08E6D076C69BB9BC8B50EC3284047E078887B7DFC586A3BB9223F8F1BFC  
47E078887B7DFC586A3BB9223F8F1BFC805A0657FCA72BF4CE5AA89CBFD3EC33  
805A0657FCA72BF4CE5AA89CBFD3EC332FEB3023349C9BCDEAF494EC0F2A3ED7  
2FEB3023349C9BCDEAF494EC0F2A3ED75D8551D8183B28213F0CAD5E094122C2

NOME: DAVID TURELLO

CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T

DATA FIRMA: 14/12/2023 13:05:44

IMPRONTA: 07C012BBAE6929A8E5C758BAA3ABB299C2006A90812A1F7DB6E162898D23ED61  
C2006A90812A1F7DB6E162898D23ED613A4C7E825C6F2BCBCBDAB8FBBCC11E86  
3A4C7E825C6F2BCBCBDAB8FBBCC11E8684BE479E845EF12A2FF91BA9093F19A5  
84BE479E845EF12A2FF91BA9093F19A59DF3F87F9966E708BD676EACF5766CA3

NOME: DENIS CAPORALE

CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X

DATA FIRMA: 14/12/2023 13:18:50

IMPRONTA: 88E8996F24CFD330909770A4B43BACC34316CFB17ED5CF9AD3E17690E5333566  
4316CFB17ED5CF9AD3E17690E5333566C37C3CA37517ED333199790236A65D22  
C37C3CA37517ED333199790236A65D22FE89BE64ECFEDC4875F67E0959957C5C  
FE89BE64ECFEDC4875F67E0959957C5CCAE572C2ABA919E9EC979B8B6C7E89D0

**Schede performance  
organizzativa anno 2023  
modificate in sede di  
monitoraggio al 30.9.2023**

## Indice Schede performance organizzativa anno 2023 modificate in sede di monitoraggio al 30.9.2023

	Pag.
SOC Avvocatura	1
SOSD Gestione Amm.va Ricerca, Sperimentazioni e Progetti finanziati	2
Centro regionale Malattie Rare	3
SOSD Servizio Prevenzione Protezione e Gestione Ambientale	4
SOC Gestione Prestazioni Sanitarie	5
SOC Direzione Medica IMFR	6
SOSD Governo degli Standard clinico assistenziali	7
SOC Farmacia Alto Friuli	8
SOC Farmacia S. Maria della Misericordia	10
SOC Farmacia Bassa Friulana	13
SOC Urologia SMM	16
SOSD Chirurgia Senologica	17
SOC Oculistica Latisana Palmanova	18
SOC Oculistica Udine	19
SOC Clinica Oculistica	20
SOSD Elisoccorso	21
SOSD Terapia del Dolore	22
SOSD Radiologia d'Urgenza ed Emergenza	23
SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Tolmezzo	24

SOC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza S. Daniele	25
SOC Anestesia e Rianimazione Tolmezzo	26
SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Palmanova	27
SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Latisana	28
SOC Anestesia e Rianimazione Palmanova	29
SOC Anestesia e Rianimazione Latisana	30
SOC Neurochirurgia	31
SOC Chirurgia Vertebro Midollare	32
SOC Otorinolaringoiatria Latisana Palmanova	33
Distretto Friuli Centrale	34
SOC Neuropsichiatria Infantile Udine	37
SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione	38

Performance organizzativa 2023

Macroarea	Cod.	Obiettivi pluriennali (2023-2025)	n.	Obiettivo 2023	Indicatore di risultato	Note	punti obiettivo		
							Direttore	Dirigente	Comparto
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	B	Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	1	Prevenzione Corruzione: mappatura procedimento affidamento incarichi di difesa in giudizio	Ricognizione analitica dei processi gestionali afferenti a ciascuna posizione funzionale/organizzativa ovvero direttamente ai titolari di incarico dirigenziale professionale o di direzione di struttura. Entro il 31.12.2023 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		15		15
			2	Amministrazione Trasparente: compilazione scheda struttura organizzativa e procedimenti	Scheda compilata entro il 31 dicembre 2023		15		15
Aggiornamento e miglioramento processi gestionali	C	Aggiornamento mappatura processi e programmazione azioni di miglioramento anche in un'ottica di standardizzazione dei processi a livello aziendale e di comunicazione all'utenza	3	Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali, a seguito della ridefinizione delle competenze correlate all'adozione dell'atto aziendale e alla definizione dei profili di ruolo degli incarichi del personale del comparto.	Entro il 10.10.2023	Aggiornamento format 2022	20		20
			4	Ricognizione analitica dei processi gestionali afferenti a ciascuna posizione funzionale/organizzativa ovvero direttamente ai titolari di incarico dirigenziale professionale o di direzione di struttura.	Entro il 31.12.2023	Compilazione format fornito dalla Direzione Amministrativa	10		10
			5	Programma, anche pluriennale, delle relative azioni di miglioramento anche in un'ottica di standardizzazione dei processi a livello aziendale e di comunicazione all'utenza.	Entro il 31.12.2023		10		10
Progetti Strategici Aziendali	D		6	Recupero crediti relativi a fatture insolute per rette di degenza RSA in attuazione del regolamento per il recupero dei crediti adottato con determinazione n. 979 dell'11.07.2022	Relativamente alle pratiche relative a utenti deceduti trasmesse dalla GREF: Entro il 31.07.2023, almeno 1 accesso presso il Tribunale di Udine, Cancelleria Volontaria giurisdizione, per verificare relativamente alle posizioni esaminate, la sussistenza di eredità giacenti/redazione di inventari/accettazioni di eredità. Entro il 31.10.2023 invio di almeno 10 interpellati all'Agenzia delle Entrate per verificare la presentazione della dichiarazione di successione da parte dei chiamati all'eredità e richiesta di accesso agli atti. Entro il 31.12.2023 per le pratiche relative a utenti RSA con nomina di Amministratori di sostegno: predisposizione di almeno 20 solleciti nei confronti degli ADS al fine del recupero degli importi da fatture insolute di utenti ricoverati in RSA, prima dell'avvio di azioni di recupero coattivo del credito.		20		20
Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura	E		7	In continuità con l'obiettivo n.5 degli anni precedenti, stante il persistere della problematica e la rilevanza economica della stessa, si continua con il recupero dei crediti pregressi (ante riforma) nei confronti di ARCS relativi a sinistri di responsabilità sanitaria ex AAS3	Entro il 15.12.2023 reperimento della documentazione esistente presso uffici diversi di almeno ulteriori 10 posizioni creditorie relative a sinistri pregressi (ante riforma) per la successiva richiesta di rimborso ad ARCS. Entro il 31.12.2023 lettera ad ARCS con invio documenti e richiesta di rimborso.		10		10

Totale 100 100

Performance organizzativa 2023

Macroarea	Cod.	Obiettivi pluriennali (2023-2025)	n.	Obiettivo 2023	Indicatore di risultato	Note	punti obiettivo		
							Direttore	Dirigente	Comparto
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	B	Obiettivi da Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	1	Amministrazione Trasparente: compilazione scheda struttura organizzativa e procedimenti	Scheda compilata entro il 31.12.2023			10	10
Aggiornamento e miglioramento processi gestionali	C	Aggiornamento mappatura processi e programmazione azioni di miglioramento anche in un'ottica di standardizzazione dei processi a livello aziendale e di comunicazione all'utenza	2	Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali, a seguito della ridefinizione delle competenze correlate all'adozione dell'atto aziendale e alla definizione dei profili di ruolo degli incarichi del personale del comparto.	Entro il 10.10.2023	Aggiornamento format 2022		10	10
			3	Ricognizione analitica dei processi gestionali afferenti a ciascuna posizione funzionale/organizzativa ovvero direttamente ai titolari di incarico dirigenziale professionale o di direzione di struttura.	Entro il 31.12.2023	Compilazione format fornito dalla Direzione Amministrativa		20	20
			4	Programma, anche pluriennale, delle relative azioni di miglioramento anche in un'ottica di standardizzazione dei processi a livello aziendale e di comunicazione all'utenza.	Entro il 31.12.2023			10	10
Progetti Strategici Aziendali	D	Flussi economico-finanziari	5	Analisi dei percorsi correlati ai progetti di ricerca, sperimentazioni e progetti finanziati con particolare riferimento alla gestione contabile in collaborazione con SOC GEFF	Relazione sull'attività svolta entro il 31.12.2023	<b>MODIFICATO PUNTEGGIO PER ERRORE MATERIALE</b>		20	20
		Attuazione Atto Aziendale	6	Definizione operativa perimetro competenze rispetto a SOC Affari Generali e Organizzazione e rispetto a SOC Reclutamento e Trattamento Giuridico del Personale	Relazioni complete di cronoprogramma compilate e sottoscritte dalle strutture coinvolte entro il 31.12.2023			10	10
Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura	E	Attività amministrativa sperimentazioni Fase 1	7	Attività propedeutiche alla verifica dell'autocertificazione di Fase 1	Relazione attività svolte entro il 31.12.2023	<b>MODIFICATO PUNTEGGIO PER ERRORE MATERIALE</b>		20	20
Totale								100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/D IRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO (CSL Biologia molecolare)
TOP- DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA Max 40 punti		Mantenimento dei volumi di attività	Valore target prime visite (cod.89.7, 89.7B.1, 89.7D.2) = 110	Dato 2022= 108	15	
				Valore target analisi di mutazione del DNA (cod. 91.29.3) = 2.300	Dato 2022= 2.299	15	20
				Valore target analisi di di segmenti di DNA mediante sequenziamento (cod. 91.30.3) = <del>850</del> <b>567</b> <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Dato 2022= 841	10	20
	QUALITA' DELLE CURE		Attività di diagnosi precoce (screening neonatale) per l'Atrofia Muscolo Spinale (SMA)	Report screening neonatale SMA al 31-12-2023 entro il 31-01-2024		20	10
	PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo		Attività del Centro di coordinamento Regionale Malattie Rare	Relazione attività al 31/12 entro il 15.1.2024		10	
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore atteso ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022= 98%	10		
BOTTOM- UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP		Sviluppo di metodologie per la diagnosi precoce delle malattie rare	Report attività al 31/12 entro il 15.1.2024		20	
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						100	50
							50
							100

Punteggio presente su altre scheda (SOC Istituto di Genetica)



SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivo		Punteggio area	
					Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA Max 40 punti	Aggiornamento DVR Aggiornamento DVR dell'alto Friuli e della Bassa Friulana <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Aggiornamento DVR Evidenza documentale rischio MMC secondo l'indice MAP - D.lgs. 81/2008 ss.mm.ii. <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Valutazione rischio specifico per la movimentazione manuale dei carichi secondo indice MAPO per le sedi dei Presidi Ospedalieri Alta e Bassa Friulana	30	30	70	70
		Analisi Infortuni Traumatici e Biologici	Evidenza della relazione sull'attività svolta secondo procedura in atto	Relazione Infortuni Traumatici e Biologici	20	20		
		Aggiornamento delle seguenti Procedure: <del>-Piani di Lavoro per lavoratori con giudizio di idoneità condizionata;</del> - Gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei contratti di appalto di lavori, servizi e forniture. - Tutela delle Lavoratrici Madri; - Gestione materiali pericolosi <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Evidenza procedure aggiornata disponibile nella sezione documenti dell'intranet aziendale		20	20		
	PROGETTI AZIENDALI miglioramento organizzativo	Accreditamento istituzionale: partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento istituzionale ai fini del suo rinnovo.	Evidenza delle attività svolte.	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	5	30	30
		1.1.3.6.4 Piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali in sanità da linee di gestione fvg 2023	<del>Raccolta dati per l'aggiornamento del DVR stress lavoro-correlato</del> Partecipazione almeno a 1 evento del gruppo regionale RSPP e MC. Evidenza della procedura prevenzione controllo degli atti di violenza a danno degli operatori - sezione documenti in intranet aziendale <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		20	20		
		1.6 Partecipare alle riunioni del Comitato aziendale HPH e supportare l'implementazione del piano di attività individuato	Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni del comitato		5	5		
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>					<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**DIREZIONE SANITARIA****SOC Gestione Prestazioni Sanitarie****SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023**

n.	Obiettivo 2023	Indicatore di risultato	Note	Punteggio	
				Dirigente	Comparto
1	Procedura aziendale per sospensione dell'erogazione di prestazioni per cause di forza maggiore	Entro il 31.12.2023 evidenza procedura		30	10
2	Procedura aziendale per l'inserimento in lista di attesa degli interventi programmati, coerentemente con la DGR 333/2023	Entro il 31.12.2023 evidenza procedura		30	20
3	Partecipazione al gruppo di lavoro per la predisposizione della procedura aziendale della tutela del diritto di garanzia dei tempi massimi, mediante l'attivazione di istituti contrattuali	Collaborare con la Direzione alla stesura della procedura		30	10
4	Analisi, definizione requisiti tecnici e avviamento sito pilota nuova ADT.	Un sito pilota attivato in regime di DH entro il 31/12/2023		5	30
5	Adeguamento dei sistemi di prenotazione e dei sistemi clinici rispetto all'applicazione del nuovo regolamento LP e alle determinate conseguenti	Configurazione delle nuove richieste/determine >95%		5	30
<i>Totale punteggio assegnato</i>				100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivo		Punteggio area	
					Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
TOP DOWN	QUALITA' DELLE CURE	Partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento istituzionale ai fini del suo rinnovo.	Evidenza delle attività svolte.	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	21	30	21	30
	PROGETTI AZIENDALI miglioramento organizzativo	Definizione di un programma per migliorare l'offerta in tema di trattamento chirurgico e di riabilitazione postchirurgica della mano	Evidenza del documento entro 31.12		21		58	10
		Relazione propedeutica alla definizione del piano in caso di allagamento	Evidenza del documento entro 31.12		21	10		
		Procedura aziendale della tutela del diritto di garanzia dei tempi massimi, mediante attivazione di istituti contrattuali	Collaborare con la Direzione Sanitaria alla stesura della procedura		16			
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	<del>2.2.2 Riconcontro delle comorbidità fisico-organiche presenti nei soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico e conseguente presa in carico integrata.</del>	<del>Definizione di un percorso aziendale per l'accesso delle persone con disabilità alle cure ospedaliere</del>	<del>in collaborazione con Direzione Sociosanitaria/Servizi per la disabilità</del>	5		21	60
		Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Comunicazione tempestiva delle variazioni di posti alla SOC PA		11	30		
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Effettuare 1 simulazione di interruzione flusso acqua potabile	Simulazione effettuata entro l'anno		10	30		
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>					<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEMA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/D IRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/D IRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO
TOP- DOWN	PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo		Assicurare il passaggio di consegne ai nuovi dirigenti SOSD DAO e DAT per le aree di competenza (Alto friuli e Bassa Friulana)	Pianificazione incontri Predisposizione data Base personale assegnato entro il 31/07/2023		20	40	80	85
			Definire il fabbisogno di personale delle funzioni professionali: - infermieristica ed ostetrica - tecnico-disgnostiche e tecnico assistenziali - della riabilitazione - della prevenzione	<del>Definire standard di riferimento entro il 15/10/2023</del> <b>entro il 15/11/2023</b> <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		20	15		
				Concordare con la SOC e le SOSD coinvolte il fabbisogno di personale entro il 15/12/2023		20	15		
				Proporre il fabbisogno alla Direzione strategica per la sua validazione entro il 20/12/2023		20	15		
BOTTO M-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP		Collaborare con la Direzione strategica e gli uffici preposti nella revisione dei regolamenti aziendali	Evidenza della partecipazione ai lavori dei regolamenti adottati entro il 31/12/2023		20	15	20	15
Totale punteggio						100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
TOP DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Utilizzo di risorse	<p>Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</p> <p>Applicazione documento operativo di allineamento delle scorte regionali di antidoti per intossicazioni acute</p> <p><b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b></p>	<p>Aggiornamento delle "liste di prescrizione agevolate", dopo individuazione dei medicinali economicamente più vantaggiosi a parità di efficacia, per almeno due reparti per singolo presidio ospedaliero</p> <p>Produzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una istruzione operativa ASUFC per la gestione aziendale degli antidoti, che sarà inserita nella procedura di ARCS</li> <li>- un documento di definizione dei quantitativi minimi di antidoti per presidio ospedaliero</li> <li>- collaborazione alla stesura della procedura ARCS</li> </ul> <p><b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b></p>		20	10	40	40
		Volumi di attività	<p>Tempestiva applicazione delle disposizioni normative in ambito di codice comunitario concernente i medicinali per uso umano ( Attuazione della direttiva 2001/83/CE)</p>	<p>Verifica del 100% delle ricette soggette a violazioni del D.L.219/2006 trasmesse dal sistema di lettura ottica ed avvio del procedimento sanzionatorio</p>		20	30		
	QUALITA' DELLE CURE	Appropriatezza prescrittiva	<p>6.2 Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.).</li> </ul> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla Direzione Sanitaria di due report aziendali di sintesi sull'attività redatti secondo le indicazioni regionali: I semestre entro il 15/9/2023 Il semestre e sintesi annuale entro il 31/3/2024</p>		10	10	30	20
			<p>6.4 Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, favorire l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.</p>						
			<p>6.6 Distribuzione diretta e della DPC dei medicinali: garantire azioni che possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR</p>						

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
			6.6 Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari	Invio alla Direzione Sanitaria di una relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati entro il 15.12.2023		5	5		
			6.7 Registri AIFA farmaci innovativi e recupero rimborsi Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Evidenza di report dei monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma		5	5		
			6.8 Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione tempestiva in RNF delle "tossicità a medicinale" per farmaci oggetto di Registro di monitoraggio AIFA. Sensibilizzazione degli operatori sanitari ai nuovi percorsi di segnalazione e all'importanza della farmacovigilanza nel post-marketing.	Attività di sensibilizzazione con comunicazioni dirette ai direttori delle Strutture Operative maggiormente coinvolte (mail)		5			
				Collaborazione con il Responsabile aziendale di farmacovigilanza per la realizzazione di eventi di FV (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV) e l'aggiornamento del portale web aziendale con la sezione dedicata alla FV.		5			
PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento istituzionale ai fini del suo rinnovo.	Evidenza della partecipazione	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC AERC	5	10	10	20	
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI		6.9 Assistenza integrativa Monitorare i dati di spesa: 1. dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 2. dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione alla Direzione Sanitaria di una relazione sintetica aziendale entro il 15/1/2024		5	10			
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Monitoraggio della classe di medicinali appartenenti all'ATC A02BC per centro prescrittore/d'impiego/distretto	Evidenza del monitoraggio		10	10	20	20	
		Trasmissione dell'algoritmo di deprescrizione degli IPP al centro prescrittore/d'impiego/distretto	Evidenza dell'invio dell'algoritmo		10	10			
<b>TOTALE</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area		
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA		Monitoraggio periodico dei consumi e della spesa dei biosimilari in ambito ospedaliero (dermatologia, gastroenterologica, reumatologia)	Evidenza dei report di monitoraggio		10		40	50	
			Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva Applicazione documento operativo di allineamento delle scorte regionali di antidoti per intossicazioni acute <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Aggiornamento delle "liste di prescrizione agevolate", dopo individuazione dei medicinali economicamente più vantaggiosi a parità di efficacia, per almeno due reparti per singolo presidio ospedaliero Produzione di: - una istruzione operativa ASUFC per la gestione aziendale degli antidoti, che sarà inserita nella procedura di ARCS - un documento di definizione dei quantitativi minimi di antidoti per presidio ospedaliero - collaborazione alla stesura della procedura ARCS <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		10				
			Garantire l'allestimento del 100% delle terapie antiblastiche iniettabili prescritte nell'anno	Numero di diluizioni richieste = numero di diluizioni effettuate			50			
			Monitoraggio dell'applicazione della nota 98 relativa alle modalità di prescrizione e utilizzo a carico del SSN dei medicinali anti- VEGF per la somministrazione intravitreale	Verifica dell'inserimento nel campo note delle indicazioni (AMD o DME) per cui è impiegato il medicinale. Nel caso di terapia della DME verifica della presenza del visus (es. DME 10/40). Monitoraggio > 95% su prescrizioni di bevacizumab		20				
	QUALITA' DELLE CURE		6.2 Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.).  6.4 Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, favorire l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.  6.6 Distribuzione diretta e della DPC dei medicinali: garantire azioni che possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla Direzione Sanitaria di due report aziendali di sintesi sull'attività redatti secondo le indicazioni regionali: I semestre entro il 15/9/2023 Il semestre e sintesi annuale entro il 31/3/2024		10				

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

SOC Farmacia S. Maria della Misericordia

Direttore: Germana Modesti

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
		Appropriatezza prescrittiva	6.6 Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari.	Invio alla Direzione Sanitaria di una relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati entro il 15.12.2023.		5		30	0
			6.7 Registri AIFA farmaci innovativi e recupero rimborsi Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Evidenza dei monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro).		5			
			6.8 Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione tempestiva in RNF delle "tossicità a medicinale" per farmaci oggetto di Registro di monitoraggio AIFA. Sensibilizzazione degli operatori sanitari ai nuovi percorsi di segnalazione e all'importanza della farmacovigilanza nel post-marketing.	Effettuata attività di sensibilizzazione con comunicazioni dirette ai direttori delle Strutture Operative coinvolte (mail).  Comunicazione entro il 31/10/2023 al CRFV riportante l'evidenza degli eventi di FV realizzati (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV) e dell'aggiornamento del portale web aziendale con la sezione dedicata alla FV.		5			
PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento istituzionale ai fini del suo rinnovo.	Evidenza della partecipazione	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC AeRC	5	50			
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI		6.11 Vigilanza sui dispositivi medici 1. Assicurare le attività di vigilanza nel rispetto delle disposizioni nazionali e delle indicazioni ministeriali. 2. Supportare i Responsabili regionali della vigilanza (RRV) garantendo i riscontri richiesti dalla DCS nei tempi indicati, con particolare riferimento alla gestione degli avvisi di sicurezza.	Garantito riscontro alle richieste nei termini e nelle modalità indicate dalla DCS		5		10	50	



DIPARTIMENTO DEL FARMACO

SOC Farmacia S. Maria della Misericordia

Direttore: Germana Modesti

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP		Monitoraggio periodico di consumi e spesa dei DM ad alto impatto economico in almeno una struttura operativa	Evidenza del monitoraggio		10		20	0
			Monitoraggio periodico della spesa dei farmaci oncologici ed oncoematologici	Evidenza del monitoraggio		10			
<b>TOTALE</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
TOP DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Utilizzo di risorse	<p>Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</p> <p>Applicazione documento operativo di allineamento delle scorte regionali di antidoti per intossicazioni acute</p> <p><b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b></p>	<p>Aggiornamento delle "liste di prescrizione agevolate", dopo individuazione dei medicinali economicamente più vantaggiosi a parità di efficacia, per almeno due reparti per singolo presidio ospedaliero</p> <p>Produzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una istruzione operativa ASUFC per la gestione aziendale degli antidoti, che sarà inserita nella procedura di ARCS</li> <li>- un documento di definizione dei quantitativi minimi di antidoti per presidio ospedaliero</li> <li>- collaborazione alla stesura della procedura ARCS</li> </ul> <p><b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b></p>		20	20	40	40
		Volumi di attività	<p>Monitoraggio dell'applicazione della nota 98 con particolare riferimento ai reparti di oculistica</p>	<p>Verifica dell'inserimento nel campo note delle indicazioni (AMD o DME) per cui è impiegato il medicinale. Nel caso di terapia della DME verifica della presenza del visus (es. DME 10/40). Monitoraggio &gt; 95% su prescrizioni di bevacizumab</p>		20	20		
	QUALITA' DELLE CURE	<p>6.2 Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</li> </ul> <p>6.4 Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, favorire l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.</p>	<p>Invio alla Direzione Sanitaria di due report aziendali di sintesi sull'attività redatti secondo le indicazioni regionali: I semestre entro il 15/9/2023 Il semestre e sintesi annuale entro il 31/3/2024</p>		10	10			

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
		Appropriatezza prescrittiva	6.6 Distribuzione diretta e della DPC dei medicinali: garantire azioni che possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR					35	20
			6.6 Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari	Invio alla Direzione Sanitaria di una relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati entro il 15.12.2023	5	5			
			6.7 Registri AIFA farmaci innovativi e recupero rimborsi Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Evidenza di report dei monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma	10	5			
			6.8 Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione tempestiva in RNF delle "tossicità a medicinale" per farmaci oggetto di Registro di monitoraggio AIFA. Sensibilizzazione degli operatori sanitari ai nuovi percorsi di segnalazione e all'importanza della farmacovigilanza nel post-marketing.	Attività di sensibilizzazione con comunicazioni dirette ai direttori delle Strutture Operative maggiormente coinvolte (mail) Collaborazione con il Responsabile aziendale di farmacovigilanza per la realizzazione di eventi di FV (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV) e l'aggiornamento del portale web aziendale con la sezione dedicata alla FV.	5	5			
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Partecipare alla realizzazione delle attività programmate e delle procedure previste per il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento istituzionale ai fini del suo rinnovo.	Evidenza della partecipazione	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC AeRC	5	10	15	20
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI		6.9 Assistenza integrativa Monitorare i dati di spesa: 1. dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 2. dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione alla Direzione Sanitaria di una relazione sintetica aziendale entro il 15/1/2024		10	10		

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivi		Punteggio area	
						DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP		Monitoraggio della classe di medicinali appartenenti all'ATC A02BC per centro prescrittore/d'impiego/distretto	Evidenza del monitoraggio		5	10	10	20
				Trasmissione dell'algoritmo di deprescrizione degli IPP al centro prescrittore/d'impiego/distretto	Evidenza dell'invio dell'algoritmo		5		
<b>TOTALE</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORNTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO degenze	PUNTEGGIO COMPARTO PTF ambulatori	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO degenze	PUNTEGGIO AREA COMPARTO PTF ambulatori
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa (Obv da PA)	F.1 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classi di priorità A per interventi chirurgici (Criterio Bersaglio)	Tumore alla prostata: miglioramento della performance anno 2022 di almeno dieci punti percentuali target ≥ 90%	Dato 2022: 56% su 18 interventi Valutazione sul 4° trimestre MODIFICA IN SEDE DI MONITORAGGIO	10			40	0	10
		Volumi attività	Volumi prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere volumi della prima visita (cod. 89.7C.2) Valore target: 6.600	Dato 2022: 6.612	20		10			
				Mantenere volumi uretrocistoscopia (cod. 57.32) Valore target: 1.500	Dato 2022: 1.522	10					
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	10	10	10	10	15
		Rischio clinico	Segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5		5			
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 96%	10			50	15	0
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%		5	5				
				Attivazione e utilizzo delle liste di presa in carico entro il 31/07/2023		5	5				
			Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023	Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista ≤ al 2022 (per le classi di priorità A e B) e < = al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5	5				
				Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa		5					
			Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2022 su compilazione "PROCEDURE ICD-9-CM" target ≤=1	Dato 2022: 3,5% mancate compilazioni	10					
			Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 96%	5					
Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 98%	5								
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>75</b>
Punteggio presente su altre schede (SOC Chirurgia Generale, SOC Clinica Chirurgica, SOC Chirurgia Vascolare)							75			75	
Punteggio presente su altre schede (SOC Chirurgia Plastica, SOC Chirurgia Senologica, SOC Clinica Dermatologica)								75			75
							100	100		100	75

SCHEDA OBIETTIVI 2023

Fonte	Area	Dimensione/ Macrocategoria Indicatori	Obiettivo Area	Indicatori di Risultato	Note	Punteggio Direttore/ Dirigenza	Punteggio Comparto degenze	Punteggio Comparto PTF ambulatori	Punteggio Area Direttore/ Dirigenza	Punteggio Area Comparto	
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa (Obv da PA)	F.1 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classi di priorità A per interventi chirurgici (Criterio Bersaglio)	Tumore della Mammella: miglioramento della performance anno 2022 di almeno 20 punti percentuali target ≥ 90% <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Dato 2022: 39% su 366 interventi	5	0		40	0	
				Melanoma: miglioramento della performance anno 2022 di almeno 20 punti percentuali target ≥ 90% <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Dato 2022: 38% su 16 interventi	5	0				
		Volumi attività	Volumi prime visite senologiche (cod. 89.7*)	Incremento volumi anno 2022 +2%	Anno 2022: 957	15	0				
			Volumi controlli senologici (cod. 89.01*)	Incremento volumi anno 2022 +2%	Anno 2022: 3.036	15	0				
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	30	15	20	70	
			Attività di coordinamento del percorso Eusoma	Relazione dell'attività svolta dalla rete		5	30	10			
		Rischio clinico	Partecipare all'indagine di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Collaborazione nella rilevazione delle ISC (a cura del Link Professional)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	0				
	Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)		I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	10					
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 99%	5			40	30	
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	Valore target > 90%		5	10			
Attivazione e utilizzo delle liste di presa in carico entro il 31/07/2023						5	10				
Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023			Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista <= al 2022 (per le classi di priorità A e B) e <= al 2019 (per le classi di priorità C)	Valore target = 0	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5	10				
			Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa			5					
Firmare digitalmente i referti ambulatoriali			Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 100%	5						
Firmare digitalmente le lettere di dimissione			Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 100%	5						
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Equipe chirurgiche trasversali tra le diverse sedi per la senologia	Almeno 2% di interventi senologici (di ASUFC) sono effettuati da equipe miste negli ospedali spoke (nel 2° semestre)	STRALCIATO IN SEDE DI MONITORAGGIO PUNTEGGIO ASSEGNATO ALL'OBIETTIVO "Firmare digitalmente le lettere di dimissione"	5						
TOTALE PUNTEGGIO						100	100	25	100	100	
						Punteggio presente su altre schede (SOC Chirurgia Plastica, SOC Urologia, SOC Clinica Dermatologica)			75		
									100		

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA *	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	Mantenimento dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Mantenere volumi del 2022 per Visita oculistica Valore target : 5.400	Dato 2022: 5.400	15	45
				Mantenere volumi del 2022 per Cataratta con priorità B,D,P Valore target : 780	Dato 2022: 780	15	
				Mantenere volumi del 2022 per Iniezione intravitreale Valore target : 680	Dato 2022: 680	15	
	QUALITA' DELLE CURE	Rischio clinico	Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	15
		Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	
		Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	5	
	PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo	Progetti aziendali	Ridefinizione del percorso operatorio in un'ottica hub/spoke	<del>Evidenza del documento entro il 31.10</del> <del>Attuazione delle nuove modalità operative entro il 31.12</del> Evidenza del documento entro il 31.12 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		10	40
			Attivazione agenda a prenotazione interna "Trapianto renale", condivisa con SOC Nefrologia e Dialisi, riservata a pazienti trapiantati/trapiantandi	1 posto/settimana		5	
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 99%	5	
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 100%	5	
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5	
			Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023	Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista <= al 2022 (per le classi di priorità A e B) e <= al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0		5	
Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa				5			
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>

\* Comparto in carico al DPT

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO degenza	PUNTEGGIO COMPARTO ambulatori	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO degenza	PUNTEGGIO COMPARTO ambulatori		
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa (Obv da PA)	Tempi di attesa ricoveri in classe A	Migliorare la performance 2022 di tre punti percentuali Dato 2022: 72,12% (194 ricoveri nei tempi su 269)		5			45	0	30		
		Volumi attività	Mantenimento volumi di attività	Valore target: 8.300 visite oculistiche (tutte le priorità)	Dato 2022= 8.263	10		10					
				Valore target: 1.300 Cataratte (tutte le priorità)	Dato 2022= 1.308	10		10					
				Valore atteso: 2.500 iniezioni intravitreali (tutte le priorità)	Dato 2022= 2.547	10		10					
			Attivazione di attività ambulatoriale specialistica di 2° livello territoriale a Tolmezzo	Al 31-12-2023 l'attività richiesta risulterà attivata e operativa	Visita oculistica	10							
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico			50	20	0	100	40	
		Rischio clinico	Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico			50	20				
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Ridefinizione del percorso operatorio in un'ottica hub/spoke	<del>Evidenza del documento entro il 31.10</del> <del>Attuazione delle nuove modalità operative entro il 31.12</del> Evidenza del documento entro il 31.12 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>			5			35	0	15	
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022= 98,5%		5						
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022= 97,5%		5						
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%		Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5		15				
			Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023	Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista < = al 2022 (per le classi di priorità A e B) e < = al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0			5						
Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa						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 2022= 97,5%			5							
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Completamento del trasferimento delle iniezioni intravitreali dalla sala operatoria del piano terra del padiglione 5 in assistenza presso gli spazi ambulatoriali della Piastra Specialistica Ambulatoriale - padiglione 1 per ridurre le liste d'attesa per la chirurgia oftalmica maggiore	Al 31-12-2023 le sedute di intravitreali saranno state trasferite			5		15	20	0	15		
		Definire e coordinare un percorso oncologico integrato nel Dipartimento Testa Collo e Neuroscienze ed evidenza di n° 20 pazienti oncologici/complessi assistiti dal Dipartimento Testa Collo e Neuroscienze entro il 31/12/2023	Analisi del percorso "Testa Collo" entro il 31/12/2023			5							
		Condivisione tecnologie in interventi chirurgici del team oncologico/ pz complesso (equipe multi-professionale tra SOC) entro il 31/12/2023	Evidenza di un report di utilizzo di almeno n. 1 tecnologia condivisa in almeno 10 interventi (microscopio) tra le Strutture chirurgiche afferenti entro il 31/12/2023			5							
		Percorso Rete delle Menti: Nucleo di Ricerca e team di ricerca, Journal Club, eventi e congressi, pubblicazioni scientifiche, FSC eRES	Almeno 1 pubblicazione scientifica condivisa con altre Strutture del Dipartimento (pubblicata o in corso) entro il 31/12/2023			5							
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		



SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO degenza	PUNTEGGIO COMPARTO PTF ambulatori	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa (Obv da PA)	Tempi di attesa ricoveri in classe A	Migliorare la performance 2022 di tre 3 punti percentuali Dato 2022=63,36% (83 ricoveri nei tempi su 131)		10			40	30
		Volumi attività	Mantenimento volumi di attività	Valore atteso: 3.700 visite oculistiche (tutte le priorità)	Dato 2022= 3.685	10		10		
				Valore atteso: 800 Cataratte (tutte le priorità)	Dato 2022= 796	10		10		
				Valore atteso: 3.700 iniezioni intravitreali (tutte le priorità)	Dato 2022= 3.726	10		10		
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	50	30	10	55
		Rischio clinico	Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	50	25		
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Ridefinizione del percorso operatorio in un'ottica hub/spoke	Evidenza del documento entro il 31.10 Attuazione delle nuove modalità operative entro il 31.12 Evidenza del documento entro il 31.12 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		10			40	15
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022= 96%	5				
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022= 99%	5				
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%		5				
Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023			Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista <= al 2022 (per le classi di priorità A e B) e <= al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5		15			
			Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa		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 2022= 100%	5							
BOTTO M-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Percorso bambino: migliorare la qualità del servizio revisionando i PDTA esistenti e/o progettandone dei nuovi	Revisione del PDTA per il percorso bambino in cooperazione con la SOC Clinica Pediatrica entro il 31/12/2023		10			10	0	
TOTALE PUNTEGGIO						100	100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2023

Fonte	Area	Dimensione/ Macrocategoria Indicatori	Obiettivo Area	Indicatori di Risultato	Note	Punteggio Direttore/ Dirigenza	Punteggio Area Direttore/ Dirigenza
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Attività	Censimento delle disponibilità di medici in possesso dei requisiti specifici obbligatori	Evidenza dell'elenco dei professionisti disponibili <del>entro il 30/9</del> <b>entro il 31/12</b> <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		15	40
			Formulazione di un programma formativo	Almeno 1 edizione nel 2° semestre		15	
			Predisporre report semestrali sull'attività svolta	1 report entro il 15/8 e 1 report entro il 15/1/2024		10	
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI		Garantire l'interazione con i Direttori delle SOC di Anestesia Rianimazione regionali nella condivisione dei programmi di sviluppo, nel rispetto del mandato regionale dell'elisoccorso	Evidenza verbali di 2 incontri annui con i Direttori delle SOC di Anestesia e Rianimazione regionali, con evidenza della approvazione del protocollo		20	60
			Redazione di un protocollo per il reclutamento del personale medico nel Servizio di elisoccorso regionale	Evidenza dei protocolli formalizzati e pubblicati <del>entro il 30/9</del> <b>entro il 31/12</b> <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		20	
				Evidenza dell'inserimento nel servizio di 2 nuovi medici nel rispetto dei requisiti del protocollo di arruolamento		20	
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO
TOP- DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	D.2 Terapia del dolore. Garantire l'attività per la terapia del dolore	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali/aziendali e relazione, in qualità di referente aziendale, su attività svolta al 30.6 entro il 15.7.2022, al 30.9 entro il 15/10 e al 31.12 entro il 15.1.2024 (anche a favore dei MMG)		10	0	40	0
			D2 Terapia del dolore	Mantenimento dei volumi della visita di terapia del dolore rispetto al 2022	Volumi 2022: 1.277	10	0		
				Miglioramento Mantenimento della performance dei tempi attesa per la priorità B incremento di 10 punti percentuali rispetto al del 2022 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Performance tempi di attesa priorità B 2022: 9%	10	0		
			"Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza: utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - PA obv D2	Individuazione dei criteri di accesso a televisita del controllo algologico	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE (89.01.1) 2022: 697 Utilizzo TELEVISITA: 0%  Controllo terapia del dolore (89.01.1) 697 Controllo terapia del dolore TELEVISITA (89.01.1) 0	10	0		
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30.6.2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31.12.23	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	15	60	35	70
		Rischio clinico	Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	20	10		
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022=99%	10	0	15	0
Compilare e validare entro i termini le SDO per i ricoveri ordinari e in DH			Migliorare performance anno 2022 Valore target ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 87% (6/41)	5	0			
BOTTO M-UP	QUALITA' DELLE CURE	Conversione sedazioni profonde in anestesi generali nel blocco endoscopico in pazienti ASA 1 e 2	Target atteso < 5 nel secondo semestre 2023	Verifica da parte della Struttura	10	0	10	30	
		Miglioramento assistenziale	Mantenere attivo un programma per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata al paziente attraverso la realizzazione di una proposta di procedura interna/percorso clinico	Il documento è stato realizzato entro il 31/12/2023	Verifica da parte del responsabile di Piattaforma	0			30
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO
TOP- DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	Mantenimento volumi complessivi 2022 di una selezione di prestazioni traccianti con tempi d'attesa critici	Valore target atteso: 21.405 complessivo di una selezione di prestazioni traccianti (margine di flessibilità -5%)	Dato 2022 = 21.405 (selezione di prestazioni sotto descritte; esclusa DGR 365/2022)  Ecografia Capo e collo (88.71.4) 1.443 Ecografia Addome (88.74.1;88.75.1;88.76.1) 4.441 RM Colonna (88.93;88.93.1) 246 TC Rachide (88.38.A;88.38.B;88.38.C;88.38.D;88.38.E;88.38.F) 1.074 TC Torace (87.41;87.41.1) 7.078 TC Addome (88.01.1;88.01.2;88.01.3;88.01.4;88.01.5;88.01.6) 6.316 TC di Bacino (88.38.5) 605 RM Addome (88.95.4;88.95.5) 202	40	10	70	20
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5		5	0
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Valutazione della concordanza attraverso la revisione di un campione di immagini/referti	Valutazione della concordanza di almeno n.10 immagini/referti per ciascun dirigente. Relazione finale da parte del Direttore di SOC	Verifica a cura della DMO	5		5	0
			Garantire la presenza di radiologi ai meeting multidisciplinari oncologici	Evidenza della presenza ai meeting	Proposto dalla struttura	10		20	0
			Discussione casi di interesse all'interno di journal club	Evidenza della presenza ai meeting (3 eventi, raccolta firme)	<b>STRALCIATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b> Punteggio attribuito all'obiettivo "Liste dedicate per prestazioni Rx per i pz afferenti alla piastra dei pre-ricoveri ..."	10			
			Attivazione di gruppo multidisciplinare per definire protocollo "Refertazione indagini TC e RM (nelle neoplasie solide epatiche)"	Evidenza delle riunioni con verbale di attuazione	Proposto dalla struttura	10			
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						100	20	100	20

Punteggio presente sulle altre schede delle SOC del DPT

80

80

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO *	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO *
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Rispetto valore target della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target >=75% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	Dato 2022: 88%	10	5	40	10
			% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Miglioramento Mantenimento della performance, di almeno 5 punti, rispetto al 2022: percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target >=80% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.2.N) <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Dato 2022: 74%	15	5		
			Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Mantenimento della performance del secondo semestre 2022: percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.	Dato 2 sem 2022: 95%	15			
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	5	20	30
			Partecipare al monitoraggio dell'adesione alla corretta igiene delle mani in tutti i setting assistenziali	Invio delle schede di monitoraggio, come da programma aziendale condiviso con i Link Professional del rischio infettivo individuati nelle strutture aziendali	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	10		
		Rischio clinico	Segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	10		
	Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	5	5			
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	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% Qualora il target non sia percorribile, definizione ed applicazione di modalità formative on the job documentate		5	5	35	5
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i verbali di PS	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente, miglioramento della performance 2022 di 4 punti percentuali.	Dato 2022: 84%	10			
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente, miglioramento della performance 2022 di 6 punti percentuali.	Dato 2022: 73,5%	10			
Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital			Valore target ≥ 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 87,8%	10				
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Pazienti dimessi direttamente dal pronto soccorso con malattia tromboembolica: favorire la prescrizione della terapia con nuovi anticoagulanti orali	Relazione con rendiconto dell'attività di prescrizione svolta	Valutazione 2 semestre 2023 Obiettivo proposto dalla struttura	5		5	0	
		Assicurare l'attività CRRT nell'Area dell'Emergenza	Report finale della casistica trattata			5		5	
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						100	50	100	50

Punteggio presente in altra scheda (Ane TO) \*

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO *	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO *
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Rispetto valore target Mantenimento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target >=75% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.3.NA) <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Dato 2022: 83%	15	5	40	10
			% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Miglioramento Mantenimento della performance, di almeno 5 punti, rispetto al 2022: percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target >=80% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.2.N) <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Dato 2022: 71%	15			
			Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Mantenimento della performance del secondo semestre 2022: percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.	Dato 2 sem 2022: 94%	10	5		
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	5	20	30
			Partecipare al monitoraggio dell'adesione alla corretta igiene delle mani in tutti i setting assistenziali	Invio delle schede di monitoraggio, come da programma aziendale condiviso con i Link Professional del rischio infettivo individuati nelle strutture aziendali	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	10		
		Rischio clinico	Segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	10		
			Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	5		
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	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% Qualora il target non sia percorribile, definizione ed applicazione di modalità formative on the job documentate.		10	5	30	5
			Integrazione con l'équipe della SOC Anestesia e Rianimazione San Daniele	Condivisione di gestione e discussione di casi clinici.	Relazione del Direttore del Dipartimento	5			
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i verbali PS	Valore target >= 95% verbali firmati digitalmente	Dato 2022: 99,6%	5			
Firmare digitalmente le lettere di dimissione			Valore target >= 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 100%	5				
Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital			Valore target >= 98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 97,6%	5				
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Pazienti dimessi direttamente dal pronto soccorso con malattia tromboembolica: favorire la prescrizione della terapia con i nuovi anticoagulanti orali	Relazione con rendiconto dell'attività di prescrizione svolta	Valutazione 2 semestre 2023 Obiettivo proposto dalla struttura	10		10	5	
		Consolidare la presa in carico per l'assistenza infermieristica in dialisi continua (CRRT) in Medicina d'Urgenza SD tra infermieri di Dialisi e di Medicina d'Urgenza	Procedura entro il 30.06 e report dei pazienti in carico al 31.12	Proposta dal Coordinatore del comparto		5			
TOTALE PUNTEGGIO						100	50	100	50
						Punteggio presente in altra scheda (Anest SD) *			
							50		

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO *	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO *
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa	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 >=80% (spoke). Rispetto del target	Dato 2022: 80% su 106	10	10	45	30
			Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (Bersaglio)	% pazienti operati entro 2 giorni >=67%. Rispetto del target	Dato 2022: 86% su 128	10	10		
			Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h in almeno il 67% dei casi trattati (criterio Bersaglio)	Fratture operate entro 48h >= 67%. Rispetto del target	Dato 2022: 87% su 252	10	10		
		Volumi di attività	Terapia del dolore PA: obv D2	Volumi della visita di terapia del dolore, target: <del>520</del> 450 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Volumi 2022: 540	10			
	"Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza: utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - PA obv D2		Condivisione dei criteri per l'effettuazione del controllo algologico in telemedicina. Evidenza dell'avvio dell'attività dal 01/10/2023.	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE (89.01.1) 2022: 473 Utilizzo TELEVISITA: 0%  Controllo terapia del dolore (89.01.1) 473 Controllo terapia del dolore TELEVISITA (89.01.1) 0	5				
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	10	20	20
		Rischio clinico	Partecipare al monitoraggio dell'adesione alla corretta igiene delle mani in tutti i setting assistenziali	Invio delle schede di monitoraggio, come da programma aziendale condiviso con i Link Professional del rischio infettivo individuati nelle strutture aziendali	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	5		
			Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5			
	Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	5	5			
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	D.2.1 Terapia del dolore - i Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello raggiunto d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale	Collaborazione con i capi Distretto per l'incontro		5		35	0
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022= 94%	15				
		Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022= 98%	5				
		Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target >=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 69%	10				
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>

Punteggio presente in altra scheda (PS TO) \*

50

SCHEDA OBIETTIVI 2023

Fonte	Area	Dimensione/ Macrocategoria Indicatori	Obiettivo Area	Indicatori di Risultato	Note	Punteggio Direttore/ Dirigenza	Punteggio Comparto	Punteggio Area Direttore/ Dirigenza	Punteggio Area Comparto	
TOP- DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa	4.1.2 Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Mantenimento della performance (secondo semestre 2022 - percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage)	Dato 2 sem 2022: 95,0%	20	15	40	15	
			4.1.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target >=75% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	Mantenimento performance anno 2022	Dato 2022: 55,0%	10				
			4.1.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target >=80% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.2.N)	Mantenimento della performance 2022	Dato 2022: 41,1%	10				
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	5	10	30	
			Rischio clinico	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >75%	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico				20
		Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)		I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	5			
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	4.1.2 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	20	50	55
			Procedura: "Gestione in sicurezza e per priorità del percorso del paziente da Pronto Soccorso a Radiologia"	Approvazione della procedura da parte della direzione medica entro il 30/6/2023 entro il 30/9/2023 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Valutazione a cura del Direttore di dipartimento	10	25			
			Procedura: "Urgenza ed Emergenza Clinica Intraospedaliera"	Aggiornamento della procedura Bozza della procedura aggiornata entro il 31/12/2023 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Valutazione a cura della DMO	10	10			
			Procedura operativa: "Richiesta prestazione interventistica da spoke presso SOC di Radiologia Interventistica di Udine"	Evidenza della procedura entro il 31/12/2023 Bozza entro 30/6/2023		5				
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 88%	5				
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 83%	5				
			Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target >=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 99%	5				
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	



SCHEDA OBIETTIVI 2023

Fonte	Area	Dimensione/ Macrocategoria Indicatori	Obiettivo Area	Indicatori di Risultato	Note	Punteggio Direttore/Dirigenza	Punteggio Comparto	
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa	4.1.2 Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Mantenimento della performance del secondo semestre 2022: percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022	Dato 2 sem 2022: 95,9%	20	20	
			4.1.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target>=75% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	Mantenimento performance anno 2022	Dato 2022: 77,1%	10		
			4.1.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target >=80% (spoke) (indicatore Bersaglio C16.2.N)	Mantenimento della performance 2022	Dato 2022: 66,2%	10		
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	5	
			Rischio clinico	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >80%	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico		15
				Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	5
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	4.1.2 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	20
			Procedura: "Gestione in sicurezza e per priorità del percorso del paziente da Pronto Soccorso a Radiologia"	Approvazione della procedura da parte della direzione medica entro il 30/9/2023	Valutazione a cura del Direttore di dipartimento	10	25	
			Procedura: "Urgenza ed Emergenza Clinica Intraospedaliera"	Aggiornamento della procedura Bozza della procedura aggiornata entro il 31/12/2023 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Valutazione a cura della DMO	5	10	
			Procedura operativa: "Richiesta prestazione interventistica da spoke presso SOC di Radiologia Interventistica di Udine"	Evidenza della procedura entro il 31/12/2023 Bozza entro 30/6/2023	valutazione capo dipartimento	5		
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 94%	10		
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 100%	5		
			Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target >=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 100%	5		
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO
TOP- DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi di attività	D.2 Terapia del dolore	Mantenimento dei volumi della visita di terapia del dolore rispetto al 2022	Dato 2022: 430	10	5
			D.2 "Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza: utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - PA obv D2	Almeno il 5% delle prestazioni autorizzate	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE (89.01.1) 2022: 343 Utilizzo TELEVISITA: 1%  Controllo terapia del dolore (89.01.1) 339 Controllo terapia del dolore TELEVISITA (89.01.1) 4	10	5
			Attività ambulatoriale	Mantenimento volumi anno 2022 prima visita anestesiológica (cod. 89.7A.1) Target atteso = 3.090	Dato 2022: 3.087	20	
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	20
			Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >80%	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico		20
		Rischio clinico	Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria relativamente al timing	% di adeguatezza alla profilassi antibiotica perioperatoria ≥85% (2° semestre)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico		20
			Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" due volte all'anno	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	
		Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	10	10
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Procedura: "Urgenza ed Emergenza Clinica Intraospedaliera"	Aggiornamento della procedura Bozza della procedura aggiornata entro il 31/12/2023 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Valutazione a cura della DMO	10	
			Procedura operativa: "Richiesta prestazione interventistica da spoke presso SOC di Radiologia Interventistica di Udine"	Evidenza della procedura entro il 31/12/2023 Bozza entro 30/6/2023	Valutazione a cura del Direttore di Dipartimento	10	
			Procedura operativa: "Allestimento e mantenimento dei sistemi e presidi per la gestione delle Emergenze in Blocco Operatorio"	Evidenza della procedura entro il 31/12/2023	Valutazione a cura del Direttore di Dipartimento		20
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 99,5%	5	
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 100%	5	
Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital			Valore target >=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 100%	10		
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa	F.1 % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario - criterio PNE	Miglioramento della performance rispetto al 2022: incremento di 10 punti della percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario Target >=80% (spoke)	Dato 2022: 40%	10	15
			F.1 % di fratture collo del femore operate entro 2 giorni - criterio BERSAGLIO	Miglioramento della performance rispetto al 2022: incremento di 10 punti della percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni Target >= 67%	Dato 2022: 39%	10	15
			4.1.1 Urgenze ortopediche: Fratture operate entro 48h (criterio Bersaglio)	Miglioramento della performance rispetto al 2022: incremento di 10 punti della percentuale di Fratture operate entro 48h Target >=67%	Dato 2022: 38%	10	15
		Volumi di attività	D.2 Terapia del dolore	Mantenimento dei volumi della visita di terapia del dolore rispetto al 2022	Volumi 2022: 300	5	5
			D.2 "Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza: utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	Almeno il 5% delle prestazioni autorizzate	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE (89.01.1) 2022: 389 Utilizzo TELEVISITA: 2%  Controllo terapia del dolore (89.01.1) 380 Controllo terapia del dolore TELEVISITA (89.01.1) 9	10	5
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	10
		Rischio clinico	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >80%	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico		25
			Segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	5
		Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	5	5
	PROGETTI AZIENDALI	Miglioramento organizzativo	Procedura: "Urgenza ed Emergenza Clinica Intraospedaliera"	<del>Aggiornamento della procedura</del> Bozza della procedura aggiornata entro il 31/12/2023 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	Valutazione a cura della DMO	10	
Procedura operativa: "Richiesta prestazione interventistica da spoke presso SOC di Radiologia Interventistica di Udine"			Evidenza della procedura entro il 31/12/2023 Bozza entro 30/6/2023	Valutazione a cura del Direttore di Dipartimento	5		
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 95%	5		
		Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 80%	10		
		Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target >=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 55%	10		
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO COMPARTO	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA	PUNTEGGIO AREA COMPARTO
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Accessibilità e Tempi di attesa (Obv da PA)	Tempi di attesa ricoveri in classe A	Migliorare la performance 2022 di 4 punti percentuali Dato 2022=59,54% (259 ricoveri nei tempi su 435)	Dettaglio dato 2022 DRG chirurgico: 155 nei tempi su 306 DRG medico: 104 nei tempi su 129	20		40	0
		Volumi di attività	Mantenere volumi attività ambulatoriale complessiva	Valore target = 8.100	Dato 2022= 8.107	20			
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	0	50	0	100
		Rischio clinico	Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	0	50		
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022= 92%	5		35	0
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022= 67%	5			
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%		5			
				Attivazione e utilizzo delle liste di presa in carico entro il 31/07/2023		5			
			Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023	Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista <= al 2022 (per le classi di priorità A e B) e <= al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5			
				Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa		5			
Registro operatorio: miglioramento delle modalità di registrazione dell'attività operatoria	Miglioramento performance 2021 su compilazione "PROCEDURE ICD-9-cm"	dato 2022: 13,2% mancate compilazioni <b>Valutazione sul 3° quadrimestre MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>	5						
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Definire e coordinare un percorso oncologico integrato nel Dipartimento Testa Collo e Neuroscienze ed evidenza di n° 20 pazienti oncologici/complessi assistiti dal Dipartimento Testa Collo e Neuroscienze entro il 31/12/2023	Analisi e rivalutazione del percorso "BRAIN & CRANIO" entro il 31/12/2023		5		25	0	
		Condivisione tecnologie in interventi chirurgici del team oncologico/ pz complesso (equipe multi-professionale tra SOC) entro il 31/12/2023	Evidenza di un report di utilizzo di almeno n. 2 tecnologie condivise in almeno 10 interventi (navigatore, microscopio e piezochirurgia) tra le Strutture chirurgiche afferenti entro il 31/12/2023		5				
		Percorso bambino: migliorare la qualità del servizio revisionando i PDTA esistenti e/o progettandone dei nuovi	Revisione del PDTA per il percorso bambino (elezione e urgenza) entro il 31/12/2023		5				
		Percorso Rete delle Menti: Nucleo di Ricerca e team di ricerca, Journal Club, eventie congressi, pubblicazioni scientifiche, FSC eRES	Almeno 1 pubblicazione scientifica condivisa con altre Strutture del Dipartimento (pubblicata o in corso) entro il 31/12/2023		5				
		Percorso neurofisiopatologia: miglioramento nell'integrazione dei percorsi	Revisione del percorso di neurofisiopatologia entro il 31.12.2023	(monitoraggio dei nervi cranio facciali)	5				
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

Fonte	Area	Dimensione/ Macrocategoria Indicatori	Obiettivo Area	Indicatori di Risultato	Note	Punteggio Direttore/Dirigenza	Punteggio Comparto	Punteggio Area Direttore/Dirigenza	Punteggio Area Comparto
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	Mantenere i volumi di attività di ricovero	Valore target atteso: 320	Dato 2022= 326	10		40	0
			Mantenere i volumi di attività ambulatoriale	Valore target prima visita chirurgica vertebro midollare (cod. 89.7C.4) = 3.200	Dato 2022= 3.210	15			
				Valore target Visita chirurgica vertebro midollare di controllo (cod. 89.01.S)= 1.600	Dato 2022= 1.623	15			
	QUALITA' DELLE CURE	Qualità ed Accredimento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	50	10	100
			Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	5	25		
		Rischio clinico	Partecipare all'indagine di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	Collaborazione nella rilevazione delle ISC (a cura del Link Professional)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accredimento e Rischio Clinico	0	25		
	PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo		Collaborare alla definizione del percorso per la presa in carico integrata del paziente con fratture "da fragilità" in atto o pregresse attraverso l'elaborazione	Evidenza del documento	Attività coordinata da DMP Condiviso con Clinica reumatologica, SOC Ostetricia e Ginecologia SMM, Ortopedia SMM	5		35	0
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022= 100%	5			
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5			
				Attivazione e utilizzo delle liste di presa in carico entro il 31/07/2023 <b>STRALCIATO IN SEDE DI MONITORAGGIO PUNTEGGIO ASSEGNATO ALL'INDICATORE "Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target &gt; 90%"</b>		5			
Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023			Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista <= al 2022 (per le classi di priorità A e B) e <= al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0	5					
			Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa	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 2022= 100%	5						
BOTTOM-UP	PROGETTUALITA' BOTTOM UP	Definire e coordinare un percorso oncologico integrato nel Dipartimento Testa Collo e Neuroscienze	Analisi e rivalutazione del percorso "SPINE"		5		15	0	
		Percorso bambino: migliorare la qualità del servizio revisionando i PDTA esistenti e/o progettandone dei nuovi	Revisione del PDTA per il percorso bambino entro il 31/12/2023 (elezione e urgenza) con SOC Clinica Pediatrica		5				
		Percorso Rete delle Menti: Nucleo di Ricerca e team di ricerca, Journal Club, eventi congressi, pubblicazioni scientifiche, FSC e RES	Almeno 1 pubblicazione scientifica condivisa con altre Strutture del Dipartimento (pubblicata o in corso) entro il 31/12/2023		5				
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FORTE	AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVO AREA	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	PUNTEGGIO DIRETTORE/ DIRIGENZA *	PUNTEGGIO AREA DIRETTORE/ DIRIGENZA
TOP-DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	Mantenimento volumi di attività per la prima visita otorinolaringoiatrica (tutte le priorità)	Valore target: 6.300	Dato 2022: 6.320 (esclusa DGR 365/2022)	20	40
			Mantenimento volumi di attività per Audiometria	Valore target: 2.800	Dato 2022: 2.798 (esclusa DGR 365/2022)	20	
	QUALITA' DELLE CURE	Rischio clinico	Adesione al progetto sul lavaggio mani	% adesione lavaggio mani >80%	Dato 2022: 99% (Dirigenza)	5	20
			Segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)	I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart". I Link Professional medici, segnalano l'eventuale "zero reporting" semestralmente (entro il 30.6 e 31.12)	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	
		Qualità ed Accreditamento	Accreditamento istituzionale: compilare le schede di autovalutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e partecipare alla realizzazione delle attività previste	Schede di autovalutazione compilate entro il 30/6/2023; Piano di miglioramento redatto entro il 31/12/2023	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	5	
		Formazione	Formazione obbligatoria in tema di Privacy	Evidenza dell'effettuazione del corso FAD per almeno il 50% dell'équipe	Valutazione a cura dell'ufficio Formazione	5	
	PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo	Progetti aziendali	Ridefinizione del percorso operativo in un'ottica hub/spoke	Evidenza del documento <del>entro il 31.08</del> entro il 31.10 Attuazione delle nuove modalità operative entro il 31.12 <b>MODIFICATO IN SEDE DI MONITORAGGIO</b>		5	40
	ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali	Compilare e validare entro i termini le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e day hospital	Valore target >=98% SDO compilate e validate entro i termini	Dato 2022: 98,6%	5	
			Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico	Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH) Valore target > 90%	Valutazione a cura di Direzione Sanitaria e DPT Assistenza Ospedaliera	5	
				Attivazione e utilizzo delle liste di presa in carico entro il 31/07/2023		5	
			Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico) entro il 31/10/2023	Numero episodi di lista aperti con data inserimento in lista <= al 2022 (per le classi di priorità A e B) e <= al 2019 (per le classi di priorità C) Valore target = 0	5		
				Relazione a fine anno del direttore di Struttura Operativa sullo stato delle liste di attesa	5		
			Firmare digitalmente le lettere di dimissione	Valore target ≥ 95% lettere di dimissione firmate digitalmente	Dato 2022: 100%	5	
	Firmare digitalmente i referti ambulatoriali	Valore target ≥ 95% referti firmati digitalmente	Dato 2022: 100%	5			
	<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						<b>100</b>

\* Comparto in carico al DPT

AREA	DIMENSIONE/MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVI	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivo		Punteggio area		
					Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto	
PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	Cure intermedie: ripristinare i livelli di attività/efficienza pre pandemici	HOSPICE: incremento del tasso di occupazione (Dato 2022: 83,4%)	escluso il 5% dei valori outlier	5	5	40	40	
			RSA IGA: irriduzione degenza media (Dato 2022: 51,7 gg.)		10				
	Efficienza ed efficacia dei processi	3.3.3 PRISMA 7 Garantire la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili, con un approccio integrato con i SSC.	Evidenza delle attività svolte nell'ambito della fase di screening rivolta agli anziani individuati quali potenzialmente fragili; target 2023: utenti con score 6-7.			10			
	Volumi attività	3.5 Minori - Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata nei singoli Distretti/Ambiti sociali	N° di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate su situazioni complesse di minori N° di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate su situazioni multiproblematiche N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'equipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	5	5				
				3.9.1 Consulori familiari - il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consulori, SSC e scuola	Presenza di protocolli operativi con SSC e Scuole per segnalazioni e procedure di presa in carico (dato al 31.12.23)	5			5
					N° di UVM congiunte tra Consulori familiari, EMT e SSC (dato al 31.12.23)				
					N° prese in carico integrate congiunte tra Consulori familiari, EMT e SSC e scuola con progetto personalizzato (dato al 31.12.23)				
				3.9.2 Consulori familiari - Rinforzo e sviluppo dei servizi sociosanitari a favore delle famiglie fragili, attraverso una condivisione tra Consulori e Servizi sociali dei Comuni, degli interventi professionali dedicati.	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo socio- psicopedagogico realizzati per singolo Distretto e Azienda al 31.12.2023 (saranno valutati gli utenti cui sono garantiti interventi integrati di tipo psicologico, sociale ed educativo)	5			5
Consulori familiari: ripristinare i livelli di attività pre pandemici	Incremento del n. di utenti 2022: n. 3848 CF e n. 71 Servizio Adozioni (Fonte: Reportistica aziendale)	5	5						
Accessibilità e tempi di attesa	Assicurare la prenotabilità delle prestazioni di primo accesso	Garanzia prenotabilità prestazioni ambulatoriali per un arco temporale maggiore uguale a 18 mesi	5	5					
QUALITA' DELLE CURE	Esiti/Qualità/LEA	PRP - 1.1.3.2 Programma PP2 Comunità attive Presentazione delle linee di attività del PP2 ai diversi stakeholder e MMG anche in occasione delle riunioni distrettuali aziendali	Evidenza del numero di incontri con MMG realizzati in cui sono state descritte le attività del programma per promuovere movimento	5	5	10	10		
		PRP - 1.1.3.5 Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Relazione sulle attività di counselling e distribuzione materiale informativo in occasione dei corsi di preparazione al parto e bilanci di salute pediatra		5				
	Formazione	3.9.4 Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere	Partecipazione ad almeno 2 eventi formativi	5					

AREA	DIMENSIONE/MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVI	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivo		Punteggio area	
					Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo	Programma regionale dell'assistenza territoriale	A.2 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	Rendicontazione periodica (15/7; 15/10; 10/01) alla SC PA sullo stato di avanzamento della progettualità con riferimento ai risultati attesi definiti nel Piano attuativo 2023 e di seguito riportati:		5	5		
		2.4 a) Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) rispetto all'attività di assistenza domiciliare rappresentata o da rappresentarsi funzionalmente all'adempimento del debito informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l'annualità 2022 e 2023.	a.1. Le Aziende effettuano la verifica di dati e informazioni presenti a sistema SIAD sull'attività di assistenza domiciliare già erogata nell'anno precedente e in quello corrente, procedendo, ove necessario o opportuno, alle modifiche, integrazioni e rettifiche dei dati e delle informazioni da inserire a sistema a adempimento del debito informativo. Relativamente all'annualità 2022 le attività di verifica e correzione devono essere effettuate entro il termine fissato dalle disposizioni vigenti per il consolidamento dei dati forniti nel flusso ministeriale.					
		2.4 d) Aumento del volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare a popolazione Over 65 anni con rispetto dei target di incremento dell'attività fissati dal cronoprogramma di attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR per il raggiungimento del target comunitario M6C1-6 riferito al sub-investimento M6C1	d.1. Le Aziende incrementano il numero degli ultra65enni in carico all'assistenza domiciliare con PAI o PRI sul totale della popolazione ultra 65enne in misura almeno pari a quanto previsto dagli atti nazionali per l'attuazione del PNRR, nel rispetto del relativo cronoprogramma nazionale di attuazione.					
		1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" (aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il T2-2026).	d.1. Entro il 15 settembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali fanno pervenire ad ARCS e alla DCSPSD un documento formale di:					
		2.5 Elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo delle Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC) all'interno dell'assistenza territoriale con determinazione dei fabbisogni aziendali.	1. definizione di un piano attuativo e di implementazione della figura delle IFOC con definizione dei fabbisogni formativi e delle modalità organizzative nell'utilizzo della figura professionale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità); 2. quantificazione del fabbisogno di risorse (in termini orari e di unità FTE) per					
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Miglioramento organizzativo	D.2.1 Terapia del dolore - i Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello raggiunto d'integrazione tra i servizi di terapia analgica ospedalieri e la medicina generale.	Evidenza di una relazione sulle attività finalizzate a promuovere l'integrazione tra i servizi di terapia analgica ospedalieri e la medicina generale.	in collaborazione con SSD Terapia del Dolore	5		50	50
		2.1 Formalizzazione dei regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD	Report alla SC PA sulle attività finalizzate all'avvio e funzionamento dell'UCAD	In collaborazione con SOC Relazioni sindacali	5			
		2.4.2 Sanità penitenziaria Partecipazione dei referenti aziendali alle attività del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto	Report alla SOC PA sulle attività svolte durante l'anno 2023 in merito ai minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	<b>OBIETTIVO STRALCIATO IN SEDE DI MONITORAGGIO Assegnato alla SOC NPJA UD</b>				
		2.4.2 Sanità penitenziaria Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere, con particolare attenzione ai detenuti con bisogni complessi e/o con problematiche di salute mentale e di dipendenza: prosecuzione delle progettualità attivate	Entro il 31.12.2023 invio di un report alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, con indicazione degli interventi effettuati.		5			
		2.4.3 Sanità penitenziaria Partecipazione alla realizzazione, da parte dei referenti aziendali, di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, con particolare attenzione alla prevenzione del suicidio in carcere e alla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2023					
		3.1.1 Realizzazione dei Punti Unici di Accesso come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 162	Verifica della coerenza dei protocolli adottati nel 2021 con le indicazioni del DM 77/22 e l.234/2020		5	5		



DISTRETTO FRIULI CENTRALE  
 SCHEDA OBIETTIVI 2023

Direttore: Mara Pellizzari

AREA	DIMENSIONE/MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVI	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivo		Punteggio area	
					Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
		3.1.2 Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 170	Verifica della coerenza dei protocolli adottati nel 2021 con le indicazioni del DM 77/22 e l.234/2021		5	5		
		3.5.2 Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine (modello P.I.P.P.I.)	Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte con particolare attenzione alla figura dello psicologo Identificazione di un coach aziendale come previsto dal programma P.I.P.P.I.- PNRR N° dei nuclei familiari presi in carico Partecipazione alle iniziative formative annuali previste dal programma	Sarà assicurata la collaborazione con l'Ambito distrettuale	5	5		
	Correttezza e completezza flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali/flussi nazionali	3.2.2 Fondo non Autosufficienza: Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.			5		
		3.4 Disabilità Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico.	Sono valutate con lo strumento Q-VAD come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018: •Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semi-residenziali; •Tutte le persone in carico alle sperimentazioni; •Tutte le persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi).		5	5		
		Qualificazione delle basi dati dell'area materno infantile e dell'età evolutiva	Garantire la registrazione dei dati di attività (software consultori e cupweb) entro la fine del mese successivo	E' ammessa una tolleranza dell'1%	5	10		
Qualificazione della base dati di RSA	Tutte le dimissioni devono essere registrate entro il 30 del mese successivo alla data di dimissione		5	10				
<b>TOTALI</b>					<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

DISTRETTO FRIULI CENTRALE  
SC di Neuropsichiatria Infantile UDINE

Direttore: Mara Pellizzari  
Direttore f.f.: Rossella Zanetti

SCHEDA OBIETTIVI 2023

AREA	DIMENSIONE/ MACROCATEGORIA INDICATORI	OBIETTIVI	INDICATORI DI RISULTATO	NOTE	Punteggio obiettivo		Punteggio area	
					Dirigenza	Comparto	Dirigenza	Comparto
PERFORMANCE OPERATIVA	Volumi attività	Ripristino dei livelli di attività pre-pandemici	Mantenimento dei volumi di attività specialistica ambulatoriale 2022 attribuibili al personale della dirigenza (Prestazioni: n. 9.628 - Fonte: Reportistica aziendale)	Prestazioni gen-apr 2023 - Dirigenza: n. 3250 - Comparto: n. 1022	10			
			Mantenimento dei volumi di attività specialistica ambulatoriale 2022 attribuibili al personale del comparto (Prestazioni: n. 3.603 - Fonte: Reportistica aziendale)					
	Volumi attività	3.5 Minori - Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata nei singoli Distretti/Ambiti sociali	N° di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate su situazioni complesse di minori N° di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate su situazioni multiproblematiche N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'equipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.		30	30	40	40
QUALITA' DELLE CURE	Esiti/Qualità/LEA	PRP - 1.1.3.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Report alla SOC PA (15/7; 15/10; 31/12) sulle attività agite per l'attuazione dell'obiettivo per la successiva rendicontazione alla DCS	criticità dotazione organica dedicata alla specifica linea di lavoro	10	10		
		2.2.1 DSA - Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Trasmissione delle informazioni propedeutiche all'invio, entro il 31.12.2023, al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute della relazione sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	Coordinamento interdistrettuale a cura dott. Bin - SOC NPI Bassa Friulana	10	10	30	30
		2.6.1 Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Collaborazione con il DSM per la produzione e trasmissione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2023	La SOC assicura la raccolta delle informazione di tutti i Distretti aziendali	10	10		
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALI	Miglioramento organizzativo	Definizione dei meccanismi operativi per l'attività del Centro Diurno adolescenti Colorado	Evidenza delle modalità operative		10	10	30	30
		Definizione dei meccanismi operativi per l'attività del Centro Diurno per DCA c/o il P.O. SMM	Evidenza delle modalità operative		10	10		
		2.4.2 Sanità penitenziaria Partecipazione dei referenti aziendali alle attività del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto	Report alla SOC PA sulle attività svolte durante l'anno 2023 in merito ai minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	<b>OBIETTIVO INSERITO IN SEDE DI MONITORAGGIO IL PUNTEGGIO E' STATO ASSEGNATO MODIFICANDO IL PUNTEGGIO DEGLI OBIETTIVI 2.2.1 E 2.6.1</b>	10	10		
<b>TOTALI</b>					100	100	100	100

SCHEDA OBIETTIVI 2023

FONTE	AREA	DIMENSIONE/MACRO CATEGORIA INDICATORI	Obiettivo	Indicatore di risultato	Note	Punteggio obiettivi				Punteggio area			
						Dirigenza	Comparto ex ASUIUD	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2	Dirigenza	Comparto ex ASUIUD	Comparto ex AAS3 - PT Sicurezza e Salute	Comparto ex AAS2
TOP DOWN	PERFORMANCE OPERATIVA max 40 punti	Volumi attività	1.4.2 Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019). Interventi programmati come da PRISAN	n. interventi ispettivi per settore, che includono anche valutazioni del rischio: 750		30	40	5	40	85	90	15	90
				n. audit per settore programmati per il 2023: 12		30	10	5	10				
				n. di campionamenti di alimenti programmati per 2023: 330		20	15		15				
				n. 5 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN		5	25	5	25				
ALTRI OBIETTIVI DA LINEE DI GESTIONE REGIONALIE PROGETTI AZIENDALI - miglioramento organizzativo max 20 punti	Progetti da LL.GG.	Obiettivi specifici	1.1.3 Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	- entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma; - entro <del>31.12.2023</del> <b>31.1.2024</b> report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023 <b>MODIFICATO CON DGR 1798/16.11.2023</b>		10	10	10	10	15	10	10	10
				Trasmissione periodica alla SOC PA sullo stato di avanzamento delle linee di lavoro regionali inserite nel Piano aziendale al fine della predisposizione dei report alla Regione		5							
<b>Totale scheda</b>						100	100	25	100	100	100	25	100
						<i>Punteggio presente nella scheda delle SOC Vet Area B e C, PSAL, SIP</i>						75	
<b>Totale generale</b>						100	100	100	100	100	100	100	100

# 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: 14/12/2023 12:49:08  
IMPRONTA: 70C659688D347776A5304E2C7398C760232C45D6796399ADE39F36CE4EDEFACAD  
232C45D6796399ADE39F36CE4EDEFACADD9202DFFD7310A7303027968B2A92E3  
DF9202DFFD7310A7303027968B2A92E3CFDA92D4FB0803A0ADB9550B2E418453  
CFDA92D4FB0803A0ADB9550B2E418453BF7F721956C8892B30BEC77FE83B34D5

NOME: MASSIMO DI GIUSTO  
CODICE FISCALE: DGSM70R19L483N  
DATA FIRMA: 14/12/2023 12:56:37  
IMPRONTA: 3495531285EC84F505B2D30F1678FB615E332BC6B0EFFFD6D2F95BDC4FD7BF123  
5E332BC6B0EFFFD6D2F95BDC4FD7BF1235695362DFDC82A92A99C2355CAB36C60  
5695362DFDC82A92A99C2355CAB36C60CE445EBAE11827E55DD4D3ACF371CB80  
CE445EBAE11827E55DD4D3ACF371CB80602218BBB432FE08C233C9BF17C6F968

NOME: DAVID TURELLO  
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T  
DATA FIRMA: 14/12/2023 13:05:39  
IMPRONTA: 7FDE77071E189BCC3A3D57BA6353FA74BBEA838BC1072331647A4CE4E62A24BD  
BBEA838BC1072331647A4CE4E62A24BDC688FF27320E8A707B09F9D4E5E4E0C1  
C688FF27320E8A707B09F9D4E5E4E0C18AEC397F29E5935DF020292A937550DD  
8AEC397F29E5935DF020292A937550DD2E4E020E6CA2F3CE99DAEAAA98FABAF7

NOME: DENIS CAPORALE  
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X  
DATA FIRMA: 14/12/2023 13:18:45  
IMPRONTA: 8717A78BC770855C3ADE02AAF0AABDB9B946FB8F571F7387F2FEB77065726B  
B9B946FB8F571F7387F2FEB77065726B207DF3F69C59F7BF5AFFFB3071381DFE  
207DF3F69C59F7BF5AFFFB3071381DFE35E75A8A36FA69FAEA7D8743CD0D246F  
35E75A8A36FA69FAEA7D8743CD0D246F084860857B2456270E22C1574EA428EE