



AII.1

BUDGET OPERATIVO AZIENDALE

ANNO 2022

PREMESSA

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon (AORN) con il presente documento presenta il Documento di budget anno 2022, scaturito dalla fase di assegnazione e negoziazione degli obiettivi operativi tra la Direzione Strategica e i Direttori/Responsabili di UU.OO individuati Centro di Responsabilità per l'anno 2022 avvenuta secondo quanto previsto dal Regolamento sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale adottato con deliberazione DG n. 296 del 05/05/2022 cui si rimanda.

UU.OO. COMPLESSE, SEMPLICI INTER-DIPARTIMENTALI, SEMPLICI DIPARTIMENTALI E RELATIVI DIRETTORI/RESPONSABILI, TITOLARI DI SCHEDA OBIETTIVO PER L'ANNO 2022

n.	AREA STAFF STRATEGICA	Responsabile
1	U.O.C. Programmazione	Vetrano Francesco
2	U.O.C. Controllo di Gestione	Pisaturo Donatella
3	U.O.C. Ricerca clinica e traslazionale	ff Parasole Rosanna
4	U.O.S.I.D. Formazione e comunicazione	Fausta Mennella
5	U.O.S.I.D. Controllo Interno e Tutela privacy	Strino Antonella
6	U.O.S.I.D. Segreteria Generale	La Rocca de Florio Fabio
	AREA STAFF AMMINISTRATIVA	Responsabile
7	U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi	Ferri Erica
8	U.O.C. Affari generali	Martino Simonetta
9	U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria	Guetta Salvatore
10	U.O.C. Gestione Risorse Umane	Covino Alessandra
11	U.O.C. Affari Legali	Fusco Maria
12	U.O.C. Tecnico Patrimoniale e ICT	Sirico Gerardo
	AREA STAFF SANITARIA	Responsabile
13	U.O.C. Dir. Medica P.O.Pausilipon e Servizi sanitari decentrati	Ruotolo Edoardo
14	U.O.C. Dir. Medica P.O.Santobono	Arace Pasquale
15	U.O.C. Farmacia	Margiotta Giovanna
16	U.O.C. Servizio Infermieristico	Rossi Virginia
17	U.O.C. servizio tecnico sanitario	Coppeto Mario
18	U.O.S.I.D. Outpatient e Liste di attesa	Sorrentino Laura
19	U.O.S.I.D. Centro regionale pediatrico di nutrizione clinica NAD e dietetica	Cecchi Nicola

	DIPARTIMENTO AREA CRITICA	Responsabile
20	U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia	Di Toro Antonino
21	U.O.C. Terapia Intensiva Pediatrica	Zito Marinosci Geremia
22	U.O.C. Anestesia e Centro di Medicina Iperbarica	Infascelli Rosario M.
23	U.O.S.D. Anestesia e Terapia Intensiva Pediatrica Pausilipon	Agostino Cauteruccio
24	U.O.S.D. Ospedalizzazione domiciliare e cure domiciliari complesse	Dolcini Anna
25	U.O.S.D. Centro di Rif. Reg. Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche	Celentano Loredana
	DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA	Responsabile
26	U.O.C. Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso e Terapia Sub-intensiva	Tipo Vincenzo
27	U.O.C. Pediatria generale e Immuno-Reumatologia	Martemucci Luigi
28	U.O.C. Pediatria delle malattie croniche e multifattoriali	Mastrominico Augusto
29	U.O.S.D. Genetica Medica	Daniele De Brasi
30	U.O.S.D. Cardiologia Pediatrica	Di Nardo Giangiacomo
	DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE	Responsabile
31	U.O.C. Gastroenterologia ed Epatologia pediatrica	ff Caldore Mariano
32	U.O.C. Centro Trapianti Rene-Nefrologia Pediatrica e Dialisi	Pecoraro Carmine
33	U.O.C. Pneumologia,UTSIR e Riabilitazione Respiratoria	Vuillemier Pierluigi
34	U.O.S.D. Endocrinologia e Auxologia	Klain Antonella
	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA	Responsabile
35	U.O.C. Chirurgia Pediatrica e Day-Surgery	De Luca Ugo
36	U.O.C. Chirurgia Pediatrica, Neonatale e d'Urgenza	Gaglione Giovanni
37	U.O.C. Urologia Pediatrica	Di Iorio Giovanni
38	U.O.S.D. Chirurgia ad indirizzo oncologico	Pirisi Pietro
39	U.O.S.D. Chirurgia Plastica e Centro Pediatrico Reg. Ustioni	Zamparelli Marcello
	DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	Responsabile
40	U.O.C. Otorinolaringoiatria e Centro di Riferimento Regionale Impianti Cocleari	Della Volpe Antonio
41	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	Guida Pasquale
42	U.O.C. Oculistica e Centro di Riferimento Regionale per la Retinopatia del Pretermine	Picardi Ciro
43	U.O.S.D. Odontoiatria	Marraudino Carmela
	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE	Responsabile
44	U.O.C. Neurochirurgia Pediatrica	Cinalli Giuseppe
45	U.O.C. Neurologia e Neuroriabilitazione	Varone Antonio
46	U.O.C. Neuroradiologia	Covelli Eugenio
47	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	Grimaldi Giampina
48	U.O.S.D. Malattie Neuro-endocrine e Centro Obesità	Licenziati Maria Rosaria

	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	Responsabile
49	U.O.C. Oncoematologia Pediatrica	Menna Giuseppe
50	U.O.C. Oncologia Pediatrica	Abate Massimo
51	U.O.C. Trapianto di Cellule Ematopoietiche e Terapie Cellulari	Tambaro Francesco Paolo
52	U.O.S.D. Day-Hospital Oncologico	Parasole Rosanna
53	U.O.S.D. Neuro Oncologia	Quaglietta Lucia
54	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	Mascio Maria Vittoria
55	U.O.S.D. BASCO, Manipolazione Cellulare e Immunogenetica	Penta De Vera D'Aragona Roberta
	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI	Responsabile
56	U.O.C. Diagnostica per Immagini	Zeccolini Massimo
57	U.O.C. Patologia Clinica	Micillo Alberto
58	U.O.C. Anatomia Patologica	Donofrio Vittoria
59	U.O.S.D. Diagnostica per Immagini Pausilipon	Rossi Eugenio
60	U.O.S.D. Patologia Clinica Pausilipon e Diagnostica Immunoallergologica avanzata	Leone Ornella
61	U.O.S.D. Diagnostica per Immagini in Emergenza Urgenza	Esposito Francesco

GLI OBIETTIVI STRATEGICI E I MACROBIETTIVI INDIVIDUATI PER IL TRIENNIO 2022-2024

L'AORN individua tre differenti prospettive attraverso cui misurare e valutare la performance organizzativa nel suo complesso e declinata per le UU.OO., a loro volta articolate in macro-ambiti di valutazione come di seguito specificato:

1. Controllo Strategico

1.1. Sviluppo Organizzativo Aziendale

2. Qualità Delle Attività e dei Servizi

2.1. Sistema Produttivo

2.2. Processi Clinici

2.3. Utenza

2.4 Trasparenza dei Percorsi

3. Salute dell'Azienda

3.1. HR : Crescita Professionale, Tutela e Sorveglianza

3.2. Sistemi Operativi e Informativi

Gli ambiti sono individuati a partire da quelli indicati all'art. 8 del d.lgs. 150/2009 e in particolare finalizzati a far emergere risultati positivi sulla qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di

attuazione di piani e programmi; l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività.

Seguendo l'articolazione delle tre prospettive, a loro volta articolate in macro-ambiti di valutazione, si riportano a seguire gli obiettivi strategici individuati dall'AORN per il Triennio 2022-2024:

1. CONTROLLO STRATEGICO

1.1. Sviluppo Organizzativo Aziendale

1.1.1-Perseguimento degli adempimenti previsti dalla programmazione regionale in merito agli obiettivi assegnati al DG;

2. QUALITÀ DELLE ATTIVITÀ E DEI SERVIZI

2.1. Sistema Produttivo

2.1.1 - Governo dell'utilizzo dell'Istituto delle prestazioni aggiuntive in auto-convenzionamento in coerenza con la programmazione dell'offering aziendale e nel rispetto delle normative nazionali e regionali e in recepimento delle indicazioni Nazionali e regionali di contrasto alla diffusione del SARSCOV-2;

2.1.2 - Incremento dell'accuratezza flussi attività sanitarie (SDO, EMUR, File C, Flusso SIMES, File F, C.O.), flussi amministrativo-gestionali, Sistema SIAC;

2.1.3 - Ottimizzazione procedure amministrative-contabili (gara, appalti, liquidazione sinistri, pagamenti);

2.1.4 - Potenziamento delle attività finalizzate a garantire l'appropriatezza delle attività assistenziali: ricovero (Adempimenti griglia LEA - Intesa Stato Regione 2005 - Nuovo Sistema di Garanzia), OBI ed ambulatoriale;

2.2. Processi Clinici

2.2.1- Implementazione delle attività inerenti rischio clinico, infezioni ospedaliere e sicurezza delle cure oltre che della gestione delle opportune procedure e percorsi anti COVID-19;

2.2.2- Implementazione di modelli gestionali per la presa in carico di pazienti attraverso PDTA, reti cliniche intra e interaziendali per l'emergenza e l'alta specialità; (es. Telemedicina e percorsi di accreditamento);

2.3. Utenza

2.3.1 - Potenziamento di azioni promuoventi la partecipazione del cittadino alla valutazione della performance organizzativa;

2.3.2 - Potenziamento di azioni promuoventi l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari, con particolare riguardo al rispetto della carta dei diritti del bambino in ospedale;

2.4 Trasparenza dei Percorsi

2.4.1 - Potenziamento delle iniziative tese a migliorare i percorsi di trasparenza ed integrità e dei processi di prevenzione alla corruzione sia in campo amministrativo che assistenziale (liste di attesa, Intramoenia, etc.);

2.4.2-Potenziamento delle iniziative tese a migliorare le procedure in materia di trattamento dei dati e tutela privacy;

3. SALUTE DELL'AZIENDA

3.1. HR : Crescita Professionale, Tutela e Sorveglianza

- 3.1.1- Promozione dell'alta specialità della ricerca clinica e delle azioni propedeutiche al Riconoscimento IRCCS: potenziamento delle attività riguardanti: sviluppo di Studi, progetti di ricerca, sperimentazioni cliniche, sviluppo attività formative e collaborazioni scientifiche interaziendali con centri di rilevanza nazionale ed internazionale;
- 3.1.2- Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta adozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV-2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale);

3.2. Sistemi Operativi e Informativi

- 3.2.1- Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale COVID.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

A partire dall'obiettivo di mandato/missione "Soddisfare i bisogni assistenziali di tutti i cittadini in età pediatrica, garantendo prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione efficaci, efficienti e tempestive, erogate nel rispetto della persona e in condizioni di assoluta sicurezza", gli obiettivi strategici sono declinati in macro-obiettivi operativi - successivamente dettagliati come obiettivi operativi specifici per l'anno 2022 – distribuiti tra le UU.OO. Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici Interdipartimentali individuati CdR.

In linea con quanto previsto dal regolamento sul Sistema di Misurazione e Valutazione della performance dell'Azienda, la Direzione Strategica ha attivato con i Direttori di Dipartimento/di Unità Complessa/di Unità Semplice Dipartimentale e Interdipartimentale un processo di negoziazione e condivisione delle proposte di budget, articolate per le diverse Unità organizzative aziendali.

In particolare, con note prot. nr. 0006333 del 21/03/2022 e prot. nr. 0016912 del 01/09/2022 sono stati calendarizzati gli incontri di condivisione e assegnazione degli obiettivi di budget per le UU.OO. di Area Sanitaria mentre per le UU.OO. di Area Amministrativa e Strategica tali incontri sono avvenuti per le vie brevi con convocazioni effettuate direttamente presso la Direzione Amministrativa.

I dirigenti assegnatari delle schede di budget di Area Strategica, Amministrativa e Sanitaria hanno condiviso gli obiettivi operativi delle UU.OO. con il proprio personale.

Non sono state rilevate criticità nella condivisione e assegnazione degli obiettivi con i direttori/responsabili di UU.OO. titolari di budget né tra questi ultimi e i rispettivi dirigenti/collaboratori.

Per il dettaglio degli obiettivi operativi individuati per l'anno 2022, con indicatori, target/valore atteso e peso attribuito a ciascun obiettivo, si rimanda alle singole schede obiettivo riportate a seguire

AREA STAFF AMMINISTRATIVA

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Affari Legali

DIRETTORE/RESPONSABILE

Fusco Maria

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione di prestazioni in convenzione	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 15 gg (Differenza tra data acquisizione SIAC e data provvedimento di liquidazione)			<=10 % sul totale liquidazioni		20	
2.1.2	2.1.2 Utilizzo corrente Legal App e trasmissione flusso SIMES nei tempi previsti	(2.1.2) Adempimenti Legal App SIMES			Adempimento entro il 31.12.2022		20	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Attuazione alle procedure di competenza per il P.A.C. - Aggiornamento Banca dati Anagrafe delle prestazioni "PERLA-PA" per il conferimento dell'incarico.			Adempimento entro il 31.12.2022		15	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Esito positivo relazione RPCT		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Aggiornamento Elenco Short-List avvocati			Attività svolta entro 31.12.2022		25	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2022		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Affari generali

DIRETTORE/RESPONSABILE

Martino Simonetta

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione di prestazioni in convenzione	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione al SIAC e data attestazione)			<10% rispetto al totale		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2022		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
3.2.1	3.2.1 Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi attraverso azioni più funzionali ed efficaci.	(3.2.1) Avvio implementazione titolario e relativa classificazione d'archivio			Esito positivo da relazione		30	
3.2.1	3.2.1 Aggiornamento periodico dello scadenziario delle convenzioni di propria competenza	(3.2.1) Scadenziario convenzioni			Relazione aggiornamento entro il 31.12.2022		15	
3.2.1	3.2.1 Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi attraverso azioni più funzionali ed efficaci.	(3.2.1.) Biblioteca virtuale : raccolta e archiviazione di leggi nazionali e regionali e di regolamenti aziendali			Esito positivo da relazione		25	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

DIRETTORE/RESPONSABILE

Ferri Erica

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di presa in carico dei beni consegnati al magazzino economale	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data ddt)			<10% rispetto al totale		10	
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data registrazione e data acquisizione attestazione DEC)			<10% rispetto al totale		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficiamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2022		5	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
3.2.1	3.2.1 Aggiornamento periodico dello scadenario delle gare di propria competenza	(3.2.1) Scadenario gare			Relazione aggiornamento entro il 31.12.2022		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.1.4	2.1.4 Programmazione annuale delle acquisizioni di beni e servizi	(2.1.4) Documento di programmazione acquisti			Adozione documento di programmazione e entro il 30/9		25	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

AREA STAFF AMMINISTRATIVA
U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria
Guetta Salvatore

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Rispetto tempo dei pagamenti	(1.1.1) ITP ANNUO < - 25 gg (Dato PCC)			< 25		25	
1.1.1	1.1.1 Riduzione di almeno il 5% dello stock dei debiti scaduti al 31/12 rispetto all'esercizio precedente.	(1.1.1) Debiti commerciali scaduti Inferiore al 5% rispetto all'anno precedente (Dato PCC)			< 5% anno 2022 vs 2021		20	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2022		15	
2.1.3	2.1.3 Circolarizzazione crediti e solleciti di riscossioni	(2.1.3) Invio comunicazione per almeno il 90% dell'importo dei crediti complessivi			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.4.1	2.4.1 Redazione qualitativa del Bilancio d' esercizio in conformità alle direttive in materia	(2.4.1) Redazione qualitativa del Bilancio d esercizio anno 2021 con stampa rilegata			ESITO POSITIVO da relazione		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO AREA STAFF AMMINISTRATIVA
UOC/UOSD/UOSID U.O.C. Gestione Risorse Umane
DIRETTORE/RESPONSABILE Covino Alessandra
PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di pagamento atti di liquidazione delle spese di competenza	Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione al SIAC e data attestazione)			<10% rispetto al totale		10	
2.1.2	2.1.2 Correttezza, completezza e rispetto della tempistica in materia di rendicontazione e trasmissione flussi informativi amministrativo-gestionali di competenza	Rispetto della tempistica per la trasmissione dei flussi di competenza			<10% rispetto al totale		25	
2.1.3	2.1.3 Attività per il miglioramento dell'appropriatezza gestionale - organizzativa/ Attivazione di procedure per l'attuazione del nuovo assetto organizzativo aziendale	Numero procedure attivate			n. >=6 procedure attivate		25	
2.1.3	2.1.3 Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi. Attivazione, implementazione e/o miglioramento applicativi di gestione del personale	Messa a regime dei nuovi applicativi			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2022		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle	Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			ESITO POSITIVO da verifica RPCT		10	
2.4.1	2.4.1 Realizzazione funzionigramma della UOC e trasmissione all'Ufficio Trasparenza per la pubblicazione sul sito aziendale	Adozione del funzionigramma			Adozione entro il 31.12.2022		5	
2.4.2	2.4.2 Aggiornamento registro trattamento dati	Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da verifica DPO		5	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Tecnico Patrimoniale e ICT

DIRETTORE/RESPONSABILE

Sirico Gennaro

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Area Amministrativa-Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data registrazione e data acquisizione attestazione DEC)			<10 % sul totale liquidazioni		10	
2.1.2	2.1.2 Area Ingegneria Clinica-Aggiornamento in Piattaforma NSIS delle Grandi Apparecchiature	(2.1.2) Attività eseguita in Piattaforma			100% delle attività		10	
2.1.3	2.1.3 Area Sistemi Informativi- Tracciamento dei Sistemi Informativi e delle Postazioni Di Lavoro (Inventario Dinamico)	(2.1.3) Attivazione Inventario Dinamico			100% delle attività		10	
2.1.3	2.1.3 Area Ingegneria Clinica-Rilascio pareri tecnici e redazioni Capitolati richiesti da altre UU.OO. con Definizione dei requisiti impiantistici e tecnologici connessi ai locali ad uso medico ed alle apparecchiature elettromedicali	(2.1.3) Pareri e Capitolati prodotti			100% delle richieste		20	
2.1.3	2.1.3 Area Ingegneria Clinica-Elaborazione del Piano dei Fabbisogni Biennali Regionale per apparecchiature Elettromedicali su base Regionale a Supporto della UOC ABS	(2.1.3) Redazione e aggiornamento Piano Fabbisogni			100% delle attività		20	
2.1.3	2.1.3 Area Lavori e manutenzioni immobili-Avvio dei lavori di manutenzione straordinaria relativi all'Accordo Quadro Lavori Quadriennale, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN	(2.1.3) Prosecuzioni lavori avviati nel 2021			>= n.2 SAL		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Esito positivo relazione RPCT		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

AREA STAFF STRATEGICA

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF STRATEGICO

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Controllo di Gestione

DIRETTORE/RESPONSABILE

Pisaturo Donatella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Supporto alla Direzione strategica per le Attività di pianificazione, gestione e controllo aziendale	(1.1.1) N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività			n°Report /documentazione = 3		25	
2.1.2	2.1.2 Correttezza, completezza e rispetto della tempistica in materia di compilazione/e trasmissione flussi informativi amministrativo-gestionali e sanitari di competenza	(2.1.2) Trasmissione Flussi informativi e predisposizione documenti nei termini previsti dalla normativa regionale			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n.1 adottata entro il 31.12.2022		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			ESITO POSITIVO da relazione RPTC		5	
3.1.1	3.1.1 Partecipazione a collaborazioni interaziendali	(3.1.1) Partecipazione ed invio dei tracciati richiesti Progetto di ricerca-alta formazione Progetto Bussola sul Clinical Costing di II° livello per la determinazione e l'impiego degli standard per attività - A.O.P.I. (Associazione ospedali pediatrici italiani)			partecipazione, invio tracciati nei tempi previsti (entro 1° agosto 2022) e trasmissione stato dell'arte alla Direzione		5	
3.1.1	3.1.1 Partecipazione a collaborazioni interaziendali	(3.1.1) Partecipazione ed invio dei tracciati richiesti Progetto Woarkload del personale A.O.P.I. (Associazione ospedali pediatrici italiani) in collaborazione con lo studio Pasdera con oggetto "Determinazione degli standard relativi al fabbisogno di risorse umane" specificatamente costruiti per il mondo pediatrico			partecipazione, invio tracciati nei tempi previsti (entro 1° agosto 2022) e trasmissione stato dell'arte alla Direzione		5	
3.1.1	3.1.1 Partecipazione a collaborazioni interaziendali	(3.1.1)Partecipazione al Progetto "Community of practice per esperti in pianificazione e controllo in sanità"- con l'obiettivo di diffondere conoscenza e best practice da applicare a livello organizzativo. Partecipazione al laboratorio sulla digitalizzazione- CERISMAS, Centro di Ricerche e Studio in Management Sanitario con l'Università Cattolica del Sacro Cuore e la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta.			partecipazione e trasmissione stato dell'arte alla Direzione		5	
2.1.3	2.1.3 Attività per il miglioramento dell'appropriatezza gestionale - organizzativa/ assolvimento degli adempimenti secondo cronoprogramma. Attività di reclutamento del personale in conformità al PTFP	(2.1.3) Svolgimento degli incontri dipartimentali propedeutici all'individuazione dati per il PTFP, elaborazione del fabbisogno per Unità operativa, linee di attività e calcolo dell' FTE			elaborazione e trasmissione documentazione alla Direzione		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF STRATEGICO

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Controllo Interno e Tutela privacy

DIRETTORE/RESPONSABILE

Strino Antonella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 Internal audit	(2.1.3) Numero IA effettuati			n. >=2 Audit effettuati nell'anno		30	
2.1.3	2.1.3 Azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso la puntuale attuazione del percorso di certificabilità - rispetto dei tempi di pagamento - rendicontazione attività	(2.1.3) Tipologia /numero di procedure amministrativo-contabili predisposte in collaborazione altre UUOO			n. >=6 procedure effettuate entro il 31.12.2022		20	
2.4.1	2.4.1 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività: procedure adottate e introduzione misure correttive tese al rispetto del Regolamento UE 2016/679 sulla normativa privacy	(2.4.1) Regolamentie/o procedure aziendali predisposti/aggiornati e controlli effettuati			n.>=1 regolamenti effettuati o aggiornati		20	
2.4.2	2.4.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività relative alla "privacy"; implementazione/aggiornamento registro trattamento dati	(2.4.2) Attività svolte dall'Ufficio Trattamento dati e numero registri trattamento dati attivati con il relativo supporto			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese al rispetto del Regolamento UE 2016/679 sulla normativa privacy. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Privacy			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO AREA STAFF STRATEGICO
UOC/UOSD/UOSID U.O.C. Programmazione
DIRETTORE/RESPONSABILE Vetrano Francesco
PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Supporto alla Direzione strategica per la predisposizione atti necessari all'adozione ed implementazione nuovo atto aziendale in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale. Assolvimento adempimenti , monitoraggio e rendicontazione attività	(1.1.1) N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività			n. >= 1 repor effettuato		15	
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione dei flussi SDO, EMUR, FILE C, HSP 11, HSP 11 BIS, HSP 12, HSP 22 BIS, HSP in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. contestazioni regionali ricevute			=0 contestazioni		25	
2.1.4	2.1.4 Programmazione e monitoraggio mensile delle ore aggiuntive	(2.1.4) Trasmissione report ore aggiuntive e del monitoraggio delle prestaz. Aggiuntive effettuate			n.>= 8 report entro il 31.12.2022		25	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione al disegno ed alle attività di programmazione e sviluppo linee progettuali(PSN) reti cliniche e collaborazioni interaziendali e telemedicina	(2.2.2) Avvio attività in teleconsulto interpresidiale			ESITO POSITIVO da Piattaforma Regionale Sinfonia		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF STRATEGICO

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Formazione e comunicazione

DIRETTORE/RESPONSABILE

Fausta Mennella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 Definizione procedure amministrativo contabili ai fini del PAC (percorso attuativo della certificabilità)	(2.1.3) Procedure/percorsi effettuati			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2022		30	
2.4.1	2.4.1 Predisposizione Regolamento delle attività formative	(2.4.1) Formalizzazione			Trasmissione alla Dir.Strategica entro il 31.12.2022		25	
3.2.1	3.2.1 Implementazione del percorso per la Qualità delle attività formative ECM	(3.2.1) Sperimentazione di processi, procedure/audit interni e revisioni			n. >=4 effettuati		25	
3.2.1	3.2.1 Implementazione delle attività formative	Realizzazione di percorsi di formazione innovativi mediante l'utilizzo di strumenti di simulazione ad alta fedeltà			n. >=1 effettuati		10	
3.2.1	3.2.1 Implementazione attività di comunicazione istituzionale	Implementazione dei contenuti informativi mediante realizzazione di video di presentazione dell'Azienda da lanciare su piattaforme web			n. >=1 effettuati		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF STRATEGICO

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Segreteria Generale

DIRETTORE/RESPONSABILE

De Florio La Rocca Fabio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: comunicati inerenti attività ed iniziative dell'AORN di particolare rilevanza/impatto mediatico-comunicativo	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			>= 2 trasmissioni effettuate da riscontro Resp.Sito Web		20	
2.4.1	2.4.1 Realizzazione funzionigramma della UOC e trasmissione all'Ufficio Trasparenza per la pubblicazione sul sito aziendale	(2.4.1) Adozione del funzionigramma			Adozione entro il 31.12.2022		25	
3.2.1	3.2.1 Supporto alla Direzione Strategica per la predisposizione di atti ed attività in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale	Verifica rispetto tempistiche di riscontro richieste da enti terzi			>= 75% correttezza riscontri		30	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		25	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF STRATEGICO

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Ricerca clinica e traslazionale

DIRETTORE/RESPONSABILE

ff Rosanna Parasole

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
	Partecipazione attiva all'elaborazione di Progetti di ricerca competitivi per l'attribuzione di fondi per la ricerca	N. Progetti di ricerca sottomessi/approvati			N.≥1		40	
	Partecipazione attiva alla progettazione dei locali adibiti ai Laboratori di Ricerca	Consulenza tecnica per realizzazione del progetto			ESITO POSITIVO da relazione		30	
	Publicazioni scientifiche su ricerca traslazionale	N. lavori pubblicati			N.≥1		30	
	≥							
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

AREA STAFF SANITARIA

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Dir. Medica P.O.Pausilipon e Servizi sanitari decentrati

DIRETTORE/RESPONSABILE

Ruotolo Edoardo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
3.1.2	Attività di ispezione per la verifica delle condizioni igienico - sanitarie negli spazi del PO	Numero ispezioni effettuate nell'anno		n.10	>= 12		20	
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione e puntuale tempistica di trasmissione flusso HSP 11 BIS, 22 BIS mensile	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi			= 0 contestazioni		30	
2.2.1	2.2.1 Effettuazione di una mappatura presidiale degli errori da cui può conseguire un incremento del rischio e una riduzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure	(2.2.1) Implementazione di un sistema di incident reporting attraverso un software dedicato			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.1	2.3.1 Potenziamento degli strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa	(2.3.1) N. di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno		n.1	n. >= 2 questionari in un anno		10	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.1.2	2.1.2 Monitoraggio Liste di Attesa	(2.1.2) Corretta Trasmissione Flusso Informativo			= 0 contestazioni		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO AZIENDALE

DIRETTORE/RESPONSABILE

Rossi Virginia

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.3	n.>=5 attività documentate		30	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura			n. >= 1 percorso		15	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di strumenti di partecipazione del dipendente alla definizione di percorsi di tutorato per i neo-assunti	(2.3.2) N. rilevazione proposte			>= 2 schede		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.1.2	3.1.2 Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di	(3.1.2) Effettuazione Corso sicurezza ai neoassunti con presa di servizio effettiva			100% neoassunti		10	
3.1.2	3.1.2 Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore	(3.1.2) Mappatura documentale giudizi di idoneità dipendenti		80%	90% dei dipendenti		10	
Totale							100	xxx

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

UOC SERVIZIO TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE

DIRETTORE/RESPONSABILE

Coppeto Mario

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle procedure diagnostiche e riabilitative da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>= 2 attività documentate		30	
2.2.1	2.2.1 Implementazione procedure e percorsi	(2.2.1) N. di percorsi o procedure implementate			n. >= 1 percorso		15	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di strumenti di partecipazione del dipendente alla definizione di percorsi di tutorato per i neo-assunti	(2.3.2) N. rilevazione proposte			>= 2 schede		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.1.2	3.1.2 Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di	(3.1.2) Effettuazione Corso sicurezza ai neoassunti con presa di servizio effettiva			100% neoassunti		20	
Totale							100	xxx

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO AREA STAFF SANITARIA
UOC/UOSD/UOSID U.O.C. Dir. Medica P.O.Santobono
DIRETTORE/RESPONSABILE Arace Pasquale
PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione e puntuale tempistica di trasmissione flusso HSP 11 BIS, 22 BIS mensile	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi			= 0 contestazioni		10	
2.2.1	2.2.1 Effettuazione di una mappatura presidiale degli errori da cui può conseguire un incremento del rischio e una riduzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure	(2.2.1) Implementazione di un sistema di incident reporting attraverso un software dedicato			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.1	2.3.1 Potenziamento degli strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa	(2.3.1) N. di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno		2	n. >= 3 questionari in un anno		10	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.1.3	2.1.3 Supporto tecnico per la formalizzazione richieste di acquisizione Beni e Servizi e stesura capitolati alla UOC ABS; Supporto alla UOC Affari legali nella fase istruttoria dei contenziosi	(2.1.3) Numero procedure e atti		4	n. >= 6 procedure effettuate nell'anno		20	
3.1.2	3.1.2 Attività di ispezione per la verifica delle condizioni igienico-sanitarie negli spazi del P.O.	(3.1.2) Numero di ispezioni/anno		10	n. >= 12 ispezioni effettuate nell'anno		30	
2.1.2	2.1.2 Monitoraggio Liste di Attesa	(2.1.2) Corretta Trasmissione Flusso Informativo			= 0 contestazioni		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO AREA STAFF SANITARIA
UOC/UOSD/UOSID U.O.C. Farmacia
DIRETTORE/RESPONSABILE Margiotta Giovanna
PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Accuratezza e rispetto della tempistica di trasmissione del flusso CO, File F (Canale D,E,M ed X) flusso dei consumi dei Dispositivi Medici	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi			= 0 contestazioni		15	
2.1.3	2.1.3 Accuratezza e celerità nel carico delle bolle di farmaci e dispositivi medici nel sistema amministrativo contabile e benessere alla fatturazione	(2.1.3) Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data DDT)			<= 10% rispetto al totale		15	
2.2.1	2.2.1 Raccolta e registrazione delle schede di sospetta ADR e vaccinovigilanza	(2.2.1) Incremento attività di farmacovigilanza vs anno precedente			>= 25% vs AP		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.2.1	3.2.1 Accuratezza e celerità nella gestione amministrativo contabile di : ordini, entrata merce, scarico/trasferimento di farmaci e DM anticovid	(3.2.1) numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data DDT) richieste dal referente aziendale			<= 10% rispetto al totale		20	
Totale						xxx	100	xxx

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Outpatient e Liste di attesa

DIRETTORE/RESPONSABILE

Sorrentino Laura

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.1	2.1.1 Analisi e rimodulazione dell'offering ambulatoriale aziendale	(2.1.1) Relazione mensile dell'offering aziendale (analisi domanda/offerta)			3 relazioni		25	
2.1.2	2.1.2 Monitoraggio Liste di Attesa	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dai referenti regionali dei rispettivi flussi			0 contestazioni		25	
2.1.4	2.1.4 Programmazione mensile delle sedute operatorie di elezione	(2.1.4) Atto formale di programmazione mensile delle sedute operatorie			3 atti prodotti		25	
2.1.4	2.1.4 Programmazione mensile dell'attività di Preospedalizzazione	(2.1.4) Atto formale di programmazione mensile dell'attività di preospedalizzazione			3 atti prodotti		25	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

AREA STAFF SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Centro regionale pediatrico di nutrizione clinica NAD e dietetica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Cecchi Nicola

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Prevenzione del rischio di errore nella prescrizione, delle terapie parenterali	(2.2.1) Implementazione di una reportistica annuale sul n° di sacche enterale e parenterali prescritte per U.O. e di una check list di controllo delle sacche parenterali secondo le Raccomandazioni Ministeriale n.1, 7 e 12			n.1 report		30	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	n.>= 2 percorsi		30	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.>= 3 pubblicazioni		30	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

UOC/UOSD/UOSID

DIRETTORE/RESPONSABILE

PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia

Di Toro Antonino

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Migliorare rafforzare la pratica clinica in merito alla comunicazione efficace rivolta ai genitori, mediante un sistema di rilevazione della qualità della comunicazione dei sanitari	(2.2.1) Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie su totale dimessi		65%	>= 80 %		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.>= 1		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		25	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri in neonatologia		70%	> 90%		25	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA
U.O.C. Terapia Intensiva Pediatrica
Zito Marinosci Geremia

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Migliorare rafforzare la pratica clinica in merito alla comunicazione efficace rivolta ai genitori, mediante un sistema di rilevazione della qualità della comunicazione dei sanitari	(2.2.1) Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie su totale dimessi		65%	>= 80 %		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	n.>= 2 percorsi		20	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		1	n.>=2 attività documentate		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.= 2 pubblicazioni		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA
U.O.C. Anestesia e Centro di Medicina Iperbarica
Infascelli Rosario Marco

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			= 0		30	
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1) Implementazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE _____

Firma Direttore/Responsabile UO _____

Firma Direttore Dipartimento _____

Firma DS/DA/Coordinatore Area _____

Firma Direttore Generale _____

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Anestesia e Terapia Intensiva Pediatrica Pausilipon

DIRETTORE/RESPONSABILE

Agostino Cauteruccio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			= 0 contestazioni		30	
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1) Implementazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		5	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Ospedalizzazione Dom. e cure domiciliari complesse

DIRETTORE/RESPONSABILE

Dolcini Anna

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.>= 1	n.>= 2		40	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.>=1	n.>=2		40	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Centro di Rif. Reg. Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche

DIRETTORE/RESPONSABILE

Celentano Loredana

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione cartella e puntuale tempistica di trasmissione del flusso HOSPICE	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi sanitari			=0		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n. 1	n.>= 2		40	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		40	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C Neurochirurgia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Giuseppe Cinalli

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			=0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) Degenza media preoperatoria		<=1,9	<=1,7		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.3	n.>= 5		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0 contestazioni		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/caregivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	xxx

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE
U.O.C.Neurologia e Neuroriabilitazione
Varone Antonio

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 90%		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>= 3		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID

DIRETTORE/RESPONSABILE

PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

U.O.C Neuroradiologia

Covelli Eugenio

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO-PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Definizione tempistica tra esecuzione esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			n.>=1		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>= 3		15	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione	(3.2.1) Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata e/o Procedura PS			ESITO POSITIVO da Resp.Flussi		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE
U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile
Grimaldi Giampina

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 3		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		> 95%	>98%		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Oncoematologia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Menna Giuseppe

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione ricoveri a rischio di inapproprietezza - ARI (DRG LEA e DRG in autocontrollo) VS 2019	(2.1.4) Riduzione percentuale rapporto ARI/NON ARI 2022 vs 2019		5%	>=10%		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n. 1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Oncologia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Abate Massimo Eraldo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n. 1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI
U.O.C. Trapianto di Cellule Ematopoietiche e Terapie Cellulari
Tambaro Francesco Paolo

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 raggiungimento/rinnovo accreditamenti nazionali/internazionali per attività trapiantologica e terapie cellulari	(2.1.3) Documentazione delle attività sviluppate.Certificazioni			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		15	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI
U.O.S.D. BASCO, Manipolazione Cellulare e Immunogenetica
Penta De Vera D'Aragona Roberta

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Approprietezza del regime assistenziale	(2.1.4) Incremento rapporto Unità Sangue di cordone Uunità raccolte e n.prestazioni altà specialità per strutture esterne		1%	>= 2 %		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati per mantenimento/incremento di accreditamenti di eccellenzainternazionali (EFI, Jacie) e ISO 9001-2015		n.1	n.>= 2		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Mantenimento dei processi di accettazione lavorazione prodotto, rilascio CSE per l'attività di trapianto e terapia cellulare. Refertazione con firma digitale;			ESITO POSITIVO da Resp.Flussi		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Day-Hospital Oncologico

DIRETTORE/RESPONSABILE

Parasole Rosanna

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso SDO	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi sanitari			=0		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI
U.O.S.D. Medicina Trasfusionale
Mascio Maria Vittoria

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 Raggiungimento/rinnovo accreditamenti regionali/nazionali/iso9001-2015 secondo linee guida GMP e GPG	(2.1.3) Documentazione delle attività sviluppate.Certificazioni			ESITO POSITIVO da relazione		30	
2.2.2	2.2.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività (n. PDTA redatti/aggiornati, collaborazioni interaziendali, partecipazione a reti assistenziali, telemedicina e accreditamenti)	(2.2.2) Programmazione delle prenotazioni dei donatori di emocomponenti mediante chiamata diretta		n.300	> = n.400		10	
2.1.2	2.1.2 Correttezza, completezza e e rispetto della tempistica in materia di compilazione/e trasmissione flussi informativi amministrativo-gestionali e sanitari di competenza	(2.1.2) Trasmissione Flussi informativi			= 0 contestazioni		25	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	> =n.3		25	
3.1.2	3.1.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività	(3.1.2) Programma di formazione del personale afferente la UO mediante calendarizzazione della formazione			ESITO POSITIVO da relazione		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Neuro Oncologia

DIRETTORE/RESPONSABILE

Quaglietta Lucia

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n. 1	>= 3		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		15	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso e Terapia sub-intensiva

DIRETTORE/RESPONSABILE

Tipo Vincenzo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Implementazione del nuovo flusso EMUR	(2.1.2) Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione sul flusso EMUR delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		> 95%	>98%		40	
2.2.2	2.2.2 Sviluppo attività Teleconsulto in emergenza urgenza	(2.2.2) Attivazione Servizio			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.1	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		1	n. >= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		2	n. >= 4		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA
U.O.C. Pediatria generale e Immuno-Reumatologia
Martemucci Luigi

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		5	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		< 20%	<= 30 %		5	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA
U.O.C. Pediatria malattie croniche e multifattoriali
Mastrominico Augusto

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		< 20%	<= 30 %		5	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Genetica Medica

DIRETTORE/RESPONSABILE

De Brasi Daniele

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		20	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		>= 85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		20	
2.2.1	2.2.1. Coinvolgimento della dirigenza medica afferente alla UO nell'attività di tutoraggio dei Dirigenti Medici	(2.2.1.) % su totale dei dirigenti coinvolti nelle attività di tutoraggio da atto formale		> 70%	> 90%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Cardiologia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Di Nardo Giangiacomo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		15	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		20	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		<=10%	<=20%		5	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		5	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE
U.O.C. Gastroenterologia ed Epatologia pediatrica
Caldore Mariano

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.1	2.1.1 Adesione ai piani aziendali di riassetto organizzativo dell'offerta assistenziale	(2.1.1) Attivazione struttura per espletamento di attività gastroenterologiche in emergenza con correlata attività endoscopica specialistica			ESITO POSITIVO da relazione Dir.Sanitaria		20	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.2.1	2.2.1. Coinvolgimento della dirigenza medica afferente alla UO nell'attività di tutoraggio dei Dirigenti Medici	(2.2.1.) % su totale dei dirigenti coinvolti nelle attività di tutoraggio da atto formale		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1) % di ricoveri di elezione con accettazione diretta II semestre		< 10%	<= 3%		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		>=2	>=4		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

Attività di bruciatura/flag attività ambulatoriale	% prestazioni effettuate e flaggate nella lista d'attesa	>=98%
STESURA LETTERA DI DIMISSIONE INFORMATIZZATA	% DELLE LETTERE DI DIMISSIONE INFORMATIZZATE SUL TOTALE DEI RICOVERI	100% DEI DIMESSI

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Centro Trapianti Rene-Nefrologia Pediatrica e Dialisi

DIRETTORE/RESPONSABILE

Pecoraro Carmine

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
2.2.2	2.2.2 Sviluppo assistenza in TELEMEDICINA	(2.2.2) Attivazione Servizio			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n. >= 3		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE
UOC Pneumologia e UTSIR
Vuilleumier Pierluigi

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		5	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		20%	> = 30 %		20	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		5	
2.2.1	2.2.1.1 Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE

UOC/UOSD/UOSI

U.O.S.D. Endocrinologia e Auxologia

DIRETTORE/RESPONSABILE

Klain Antonella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		20%	> = 30 %		5	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Chirurgia Pediatrica e Day-Surgery

DIRETTORE/RESPONSABILE

De Luca Ugo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			=0		15	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		1	>= 3		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		20	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		> 95%	>98%		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun pazienti ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al l accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Chirurgia Pediatrica, Neonatale e d'Urgenza

DIRETTORE/RESPONSABILE

Gaglione Giovanni

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		5	
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			= 0		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N.>=2		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
						Totale	100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Urologia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Di Iorio Giovanni

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100		<= 40%	<= 35%		10	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N. 2		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	>2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Chirurgia ad indirizzo oncologico

DIRETTORE/RESPONSABILE

Pirisi Pietro

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			=0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100		<= 35	<= 30		15	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N.>2		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		>= 1	>= 2		5	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro relazione		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) % Degenza media preoperatoria		<= 1,4	<= 1,4		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Chirurgia Plastica e Centro Ped.Regionale Ustioni

DIRETTORE/RESPONSABILE

Zamparelli Marcello

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.1	2.1.1 Assolvimento adempimenti e attività connesse ai complessi operatori	(2.1.1) Rispetto tempi di attesa massimi interventi			>= 90% del totale interventi sindattilia		10	
2.1.1	2.1.1 Assolvimento adempimenti e attività connesse ai complessi operatori	(2.1.1) Rispetto tempi di attesa massimi interventi			>= 90% del totale interventi palatoschisi		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) Definizione protocollo di ricerca su cute bio-ingegnerizzata			Protocollo effettuato entro fine anno		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		15	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98% su totale registrazioni		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi			n.>= 3 pubblicazioni		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Otorinolaringoiatria e Centro di Rif. Reg. Impianti Cocleari

DIRETTORE/RESPONSABILE

Della Volpe Antonio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) % Degenza media preoperatoria		<= 1,4	<= 1,4		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			=0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100			<= 25%		10	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N. 1	N. 3		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		< 10%	<= 3%		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		15	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID

DIRETTORE/RESPONSABILE

PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE

U.O.C. Ortopedia e Traumatologia

Guida Pasquale

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100			<=25%		10	
2.1.4	2.1.4 Mantenimento livelli della complessità della casistica trattata	(2.1.4) N. interventi per scoliosi nell' anno		N.18	N.24		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		20	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		< 10%	<= 3%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		>1	>=3		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Oculistica e Centro di Riferimento Regionale per la Retinopatia del Pretermine

DIRETTORE/RESPONSABILE

Picardi Ciro

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso SDO	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) Degenza media preoperatoria			<= 1,4		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100		<=25%	<=25%		10	
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N.2		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		< 10%	<= 3%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Odontoiatria

DIRETTORE/RESPONSABILE

Marraudino Carmela

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		70	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "		>= 80%	>= 90%		30	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi
alle UU.OO. Centro di Responsabilità per l'anno 2022
(agg. al 10.11.2022)

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO
UOC/UOSD/UOSID
DIRETTORE/RESPONSABILE
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
U.O.C. Anatomia Patologica
Donofrio Vittoria

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione			n.>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>= 3		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione	(3.2.1) Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata e/o Procedura PS			ESITO POSITIVO da Resp.Flussi		20	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Patologia Clinica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Micillo Alberto

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		30	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n. >=2		10	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		30 % totale referti 2022	50 % totale referti 2022		40	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Diagnostica per Immagini

DIRETTORE/RESPONSABILE

Zeccolini Massimo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione			>=1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: comunicati inerenti attività ed iniziative dell'AORN di particolare rilevanza/impatto mediatico-comunicativo	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da Relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	>= 3 pubblicazioni		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		30 % totale referti 2022	50 % totale referti 2022		30	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Patologia Clinica Pausilipon e Diagnostica Immunoallergologica avanzata

DIRETTORE/RESPONSABILE

Leone Ornella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro Relazione		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		30 % totale referti 2022	50 % totale referti 2022		40	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Diagnostica per Immagini Pausilipon

DIRETTORE/RESPONSABILE

Rossi Eugenio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		15	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		30 % totale referti 2022	50 % totale referti 2022		30	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

OBIETTIVI ANNO 2022

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Diagnostica per Immagini in Emergenza Urgenza

DIRETTORE/RESPONSABILE

Esposito Francesco

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>=3		40	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		30 % totale referti 2022	50 % totale referti 2022		30	
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		30	
Totale							100	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale