

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
A	Accesso ai Servizi	A.01	Piano di Contrasto COVID19	A.01.01	Gestione ospedaliera fase acuta	A.01.01.01	Gestione dell'assetto aziendale (percorsi e posti letto dedicati a COVID) - secondo i livelli previsti nel piano di Escalation aziendale
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.01	Attività Ricovero e cura	A.01.01.01	Attività di ricovero e cura: valore della attività erogata (=> 110% dell'attività 2019 a livello aziendale) periodo aprile-dicembre, monitorato trimestralmente
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.01	Attività Ricovero e cura	A.01.01.01	Attività di ricovero e cura: mantenimento del livello di performance (tempo medio e tempo massimo di refertazione) a fronte dell'incremento di attività legata al piano di ripresa 2022 - monitoraggio trimestrale a partire dal secondo trimestre
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.02	Prestazioni ambulatoriali e screening	A.01.02.01	Attività ambulatoriale: valore della attività erogata (=> 110% dell'attività 2019 a livello aziendale - escluso pronto soccorso, laboratorio/anatomia patologica e MAC) periodo aprile-dicembre, monitorato trimestralmente
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.03	Attività cure Sub-acute	A.01.04.01	Attività cure sub-acute: mantenimento o crescita della saturazione rispetto allo storico (2019) limitatamente al PO di Giussano - periodo aprile-dicembre
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.03	Attività cure Sub-acute	A.01.04.01	Attività cure palliative residenziali e domiciliari: mantenimento o crescita della saturazione rispetto allo storico (2019)
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.03	Attività cure Sub-acute	A.01.04.01	Attività riabilitative ospedaliere: mantenimento o crescita della saturazione rispetto allo storico (2019) la valutazione sarà parametrizzata al n. di posti letto attivi
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.07	Screening mammografico	A.01.07.01	Attività di Screening mammografico: attivazione di slot utili alla erogazione a livello aziendale di 29,500 mammografie di screening di primo livello e successivo secondo livello - periodo gennaio-dicembre
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.08	Screening colonrettale	A.01.08.01	Attività di Screening colonrettale: attivazione di slot utili alla erogazione a livello aziendale di 3,150 colonscopie di screening - periodo gennaio-dicembre
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.09	Prelevi di cornee da paziente deceduto	A.09.01.01	Prelevi di cornee da paziente deceduto: valutazione di tutti i pazienti deceduti per l'eleggibilità all'espanto, secondo procedura aziendale (in attesa di linee guida regionali sui volumi attesi), periodo valutato maggio-dicembre
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.09	Prelievo di organi e altri tessuti	A.09.01.02	DA DEFINIRE
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.09	Prelievo di teste di femore da vivente	A.09.01.03	Prelevi di teste di femore da paziente vivo: valutazione di tutti i pazienti sottoposti ad intervento di protesi d'anca in elezione per l'eleggibilità all'espanto, secondo procedura aziendale (in attesa di linee guida regionali sui volumi attesi), periodo valutato maggio-dicembre
A	Accesso ai Servizi	A.02	Piano di Ripresa Attività 2022	A.02.03	Piano di attività 2022 - prestazioni screening	A.02.03.03	Screening cervice uterina primo livello (volume atteso 11.600 prelievi - evidenza: report mensile attività erogate e programmazione mensile sedute)
A	Accesso ai Servizi	A.03	Piano di Ripresa Attività 2022	A.02.04	Dimissioni Protette	A.02.04.01	Dimissioni Protette: attivazione dell'utilizzo della scheda informatizzata per la Valutazione Sociale (evidenza n. schede rilevate / n. dimissioni) ampliata a tutti le UUOO
A	Accesso ai Servizi	A.03	Piano di Ripresa Attività 2022	A.02.04	Dimissioni Protette	A.02.04.02	Dimissioni Protette: rilevazione del tempo medio di risposta per valutazione della unità per le dimissioni protette "complesse" e riduzione rispetto al valore storico (evidenza: report trimestrale a partire da aprile 2022)
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.01	Attuazione piano investimenti	B.01.1.01	Attuazione nel rispetto delle destinazioni, dei vincoli di spesa e del cronoprogramma aziendale (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)
B	Buona Amministrazione	B.01	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo / Investimenti	B.01.01	Supporto alla Attuazione piano investimenti	B.01.1.03	Razionalizzazione delle modalità di raccolta dei fabbisogni di investimenti gestiti dalla UOC Approvvigionamenti - arredi e simili - (evidenza: definizione di modulistica e procedura di autorizzazione - trasmissione bozza alla uoc Qualità e Risk Management e al Coordinatore PAC)
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.02	Attuazione PNRR	B.01.2.01	Effettuazione della ricognizione preliminare e formalizzazione vs Regione Lombardia (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.02	Attuazione PNRR	B.01.2.02	Definizione della proposta finale e formalizzazione vs Regione Lombardia delle schede di progetto (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.02	Attuazione PNRR	B.01.2.03	Attuazione nel rispetto delle destinazioni, dei vincoli di spesa e del cronoprogramma aziendale (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.01	TEMPI DI PAGAMENTO - Rispetto del livello soglia TEMPO MEDIO DI ASSEGNAZIONE AI SERVIZI = 10 e TEMPO MEDIO DI MESSA IN PAGAMENTO DOPO LIQUIDAZIONE DEI SERVIZI = 10 (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.02	TEMPI DI PAGAMENTO - Rispetto del livello soglia TEMPO MEDIO DI LIQUIDAZIONE DEI SERVIZI = 30 GIORNI (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.03	TEMPI DI PAGAMENTO - Rispetto del livello soglia TEMPO MEDIO DI LIQUIDAZIONE DEI SERVIZI = 40 GIORNI (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.04	TEMPI DI PAGAMENTO - % di fatture in cui TEMPO EFFETTIVO DI LIQUIDAZIONE > 40 giorni - target 10% 3 trim - 5% 4 trim (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.05	TEMPI DI PAGAMENTO - % di fatture in cui TEMPO EFFETTIVO DI LIQUIDAZIONE > 60 giorni - target 5% 3 trim - 2,5% 4 trim - (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.06	TEMPI DI PAGAMENTO - analisi della fase del processo di liquidazione legata alla presenza/scadenza del DURC e attuazione eventuali azioni correttive (evidenza: sintetico report di analisi e ipotesi organizzativa di miglioramento da inviare al Direttore Amministrativo entro giugno - implementazione da luglio)
B	Buona Amministrazione	B.02 / B.03	Tempi di Pagamento / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.07	TEMPI DI PAGAMENTO - Definizione ed implementazione di un sistema di monitoraggio per la verifica delle situazioni non a target (evidenza: proposta alla Direzione Amministrativa di reportistica, indicatori, target)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.01	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Attuazione cronoprogramma delle procedure PAC, secondo quanto definito a dicembre 2021 - eventuali rimodulazioni del cronoprogramma sono da concordarsi con la Direzione Amministrativa (evidenza: trasmissione a fine anno al Responsabile PAC del SAL azioni previste / azioni attuate e rimodulazione del cronoprogramma per l'anno 2023 entro il 31/12/2022)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.06	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: Definizione del cronoprogramma di revisione regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti interessati dalle procedure PAC ex deliberazione n. 47/2016 (evidenze: trasmissioni bozze revisione regolamenti a uoc Qualità e Risk Management e a Coordinatore PAC - trasmissione a fine anno al Responsabile PAC del SAL azioni previste / azioni attuate entro il 31/12/2022)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.07	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: Implementazione di un sistema organizzato per la raccolta delle leggi e regolamenti dell'azienda e della loro diffusione/fruibilità in azienda (evidenze: trasmissione ipotesi organizzativa al Responsabile PAC entro giugno 2022 - implementazione da giugno a dicembre 2022)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.08	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: analisi e monitoraggio su base trimestrale degli scostamenti dei costi rilevati nei CET rispetto al preventivo e ai dati consuntivi ed ai budget assegnati (evidenza: trasmissione alla uoc Economico Finanziaria delle relazioni)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.09	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: predisposizione di report su dati operativi ed economico-finanziari, KPI (evidenza: predisposizione di proposta di aggiornamento entro il 1 semestre)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.11	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: aggiornamento dell'analisi sul sistema informativo-contabile per la verifica di adeguatezza e identificazione delle principali necessità di aggiornamento dei software di rilevanza amministrativo contabile (evidenza: trasmissione relazione alla Direzione Amministrativa)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.12	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: Implementazione di un sistema organizzato tramite il software FOLIUM per la raccolta, gestione e diffusione, risposta tempestiva e applicazione delle azioni di miglioramento dei rilievi/suggerimenti di soggetti di controllo esterni - Collegio Sindacale, Regione, NOCC, ecc - (evidenze: trasmissione ipotesi organizzativa al Responsabile PAC entro giugno 2022 - implementazione da giugno a dicembre 2022)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.13	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (pac) - Aggiornamento del Regolamento per la disciplina e l'esercizio delle funzioni degli agenti contabili e aggiornamento delle nomine (evidenze: trasmissioni bozze revisione regolamenti a uoc Qualità e Risk Management e a Coordinatore PAC - trasmissione a fine anno al Responsabile PAC del SAL azioni previste / azioni attuate entro il 31/12/2022)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.01	REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 113 DEL D.LGS. N. 50/2016 E S.M.I. - INCENTIVI PER FUNZIONI TECNICHE - PER L'ACQUISIZIONE DI LAVORI (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa)

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.02	REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 113 DEL D.LGS. N. 50/2016 E S.M.I. – INCENTIVI PER FUNZIONI TECNICHE – PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI coordina uoc Approvvigionamenti - collaborano uoc Ingegneria Clinica, uoc Sistemi Informativi Aziendali (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa, previa acquisizione parere delle uoc coinvolte tramite mail)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.03	REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELLE COMPETENZE DEL RUP E DEL DEC IN RELAZIONE AI CONTRATTI DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI coordina uoc Approvvigionamenti - collaborano uoc Ingegneria Clinica, uoc Sistemi Informativi Aziendali (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa, previa acquisizione parere delle uoc coinvolte tramite mail)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.04	REGOLAMENTO PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI INFUNGIBILI E/O ESCLUSIVI coordina uoc Approvvigionamenti - collaborano uoc Ingegneria Clinica, uoc Sistemi Informativi Aziendali (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa, previa acquisizione parere delle uoc coinvolte tramite mail)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.05	Definizione dei criteri e modalità di controllo del nuovo Service esterno di manutenzione della apparecchiature elettromedicali, e implementazione in corso d'anno
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.06	Condivisione della bozza, implementazione e monitoraggio post adozione del Regolamento per la gestione degli Incarichi ed Attività Extra-Istituzionali ex art. 53 D.Lgs 165/2001 (obiettivo in prosecuzione con l'obiettivo di stesura bozza regolamento anno 2021 - evidenze: verbali di confronto con Internal Audit, Risorse Umane, Servizio Ispettivo Aziendale entro maggio - relazione con proposta operativa del sistema di rilevazione e monitoraggio entro giugno - relazione con sintesi dei volumi trattati, criticità eventuali, azioni correttive entro dicembre)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.07	Implementazione del cronoprogramma per le attività previste nel corso del 2022 (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare - nuovi documenti) - evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management entro tempistiche previste nel cronoprogramma
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.08	Riduzione della degenza media dei ricoveri (esclusi 0/1 giorno, deceduti e trasferiti in altro presidio per acuti o con trasferimenti in altre UUOO, ricoveri con durata > 40gg, soggetti COVID+)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.02	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura sezioni ORGANIZZAZIONE - PIANO FABBISOGNI - LAVORO AGILE
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.03	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura stesura contributo della sezione di ORGANIZZAZIONE legata al PIANO FORMATIVO
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.04	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura stesura contributo della sezione di ORGANIZZAZIONE legata alla SICUREZZA DEI DIPENDENTI E DEI LUOGHI DI LAVORO
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.05	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura contributo delle sezioni relativamente alle attività di REINGEGNERIZZAZIONE /DEMATERIALIZZAZIONE DEL PROCESSO DI FASCICOLAZIONE (evidenze: trasmissione via mail/nota al Coordinatore PIAO di specifico contributo sul PIAO)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.06	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura sezioni RELATIVA A INTRODUZIONE - VALORE PUBBLICO - PERFORMANCE - MONITORAGGIO
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.07	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura contributo della sezione di DIGITALIZZAZIONE E TELEMEDICINA - REINGEGNERIZZAZIONE PROCESSI - MONITORAGGIO
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.01	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC Endoscopia (evidenza: invio sintesi al Direttore Amministrativo)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.01	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC Endoscopia - evidenza: documento di sintesi predisposto in collaborazione con il Controllo di Gestione entro luglio 2022
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.02	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC RSD Papa Giovanni e Presidio Corberi (evidenza: invio sintesi al Direttore Amministrativo)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.02	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC RSD Papa Giovanni e Presidio Corberi - evidenza: documento di sintesi predisposto in collaborazione con il Controllo di Gestione entro settembre 2022

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.04	Revisione dei processi di acquisizione dei dati di alimentazione della Contabilità Analitica - ricavi da produzione - (evidenza: stesura di documentazione da inviare alla Direzione Amministrativa relativa al format dei dati per l'alimentazione di NFS, e criteri di assegnazione del Fattore Produttivo)
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.05	Revisione dei processi di acquisizione dei dati di alimentazione della Contabilità Analitica - costo del personale - (evidenza: stesura di documentazione da inviare alla Direzione Amministrativa relativa al format dei dati per l'alimentazione di NFS, e criteri di assegnazione del Fattore Produttivo)
B	Buona Amministrazione	B.03 / B.01	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo / Investimenti	B.01.01	Supporto alla Attuazione piano investimenti	B.01.1.02	Monitoraggio economico trimestrale (evidenza: trasmissione via mail ai Servizi con budget di investimento del report con il SAL)
B	Buona Amministrazione	B.04	Collegamento tra Performance Trasparenza e Anticorruzione	B.04.01	Supporto alla attuazione POAS	B.04.01.01	POAS - Aggiornamento del Sito Internet - sezione amministrazione trasparente - per adeguamento alla nuova struttura POAS
B	Buona Amministrazione	B.04	Collegamento tra Performance Trasparenza e Anticorruzione	B.04.02	Nuovo PTPCT in linea con le indicazioni PIAO	B.04.02.02	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE - Rispetto degli adempimenti e delle tempistiche di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto nel PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZE (la valutazione sarà in proporzione al n. di adempimenti non rispettati - evidenza griglia di valutazione adempimenti e monitoraggio a campione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza)
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.01	Revisione procedura per classificazione priorità e inserimento agenda (evidenza: proposta di revisione della procedura trasmessa alla uoc Qualità e Risk Management)
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.02	Sviluppo monitoraggio anomalie su CLASSE DI PRIORITA' - DATA PRENOTAZIONE dei ricoveri programmati chirurgici oncologici (evidenza: analisi dei dati per le parti di competenza - trasmissione alle DMP dei report per i controlli di competenza delle DMP e delle UUOO)
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.03	Sviluppo monitoraggio anomalie su CLASSE DI PRIORITA' - DATA PRENOTAZIONE dei ricoveri programmati chirurgici NON oncologici (evidenza: trasmissione alle DMP dei report per i controlli di competenza delle DMP e delle UUOO)
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.04	Riattivazione monitoraggio periodico UTILIZZO SALE OPERATORIE PROGRAMMATE (evidenza: trasmissione alla Direzione Strategica di indicatori di volumi/utilizzo di sala)
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.05	Attività di formazione e informazione alle UUOO su procedura di prenotazione ricoveri e utilizzo classi di priorità (evidenze: breve verbale coi contenuti degli incontri - attesi almeno 1 incontro per ogni UUOO)
B	Buona Amministrazione	B.07 / B.03	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022 / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.07.02	Ottimizzazione delle risorse disponibili	B.07.02.01	Monitoraggio drop-out mammografico (evidenza: monitoraggio su base mensile, trasmissione alla Direzione Sociosanitaria tramite mail, entro il 10 del mese successivo)
B	Buona Amministrazione	B.07 / B.03	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022 / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.01	Sviluppo monitoraggio tempestivo andamento attività e tempi d'attesa ex post ricovero e ambulatoriale (evidenza: documento di sintesi dei criteri e modalità di pubblicazione alle uuoo)
B	Buona Amministrazione	B.07 / B.03	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022 / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.08.01	Supporto al Piano di attività 2022	B.08.01.03	Creazione, gestione e monitoraggio periodico andamento saturazione delle agende di prenotazione prestazioni ambulatoriali rientranti nella categoria "prestazioni incentivate a tariffa maggiorata" e serali-prefestive-festive come da DGR 6279/2022 (evidenza: monitoraggio su base mensile, trasmissione alla Direzione Sociosanitaria tramite mail, entro il 10 del mese successivo, sintesi con n. agende/slot, prestazioni erogate)
B	Buona Amministrazione	B.08	Supporto al Piano di Ripresa Attività di Donazione	B.08.01	Supporto al Piano di Ripresa Attività di Donazione	B.08.01.01	Revisione procedure aziendali (evidenza: proposta di revisione della procedura trasmessa alla UOC Qualità e Risk Management)
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.01	Disamina dei documenti già presenti nel Sistema Gestione Qualità Aziendale (e/o ex Sistema di Qualità della ASST Monza) e definizione del cronoprogramma di aggiornamento (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare) e di definizione nuovi documenti - evidenza: trasmissione cronoprogramma a UOC Qualità e Risk Management entro il 15 maggio 2022 con individuazione
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.02	Definizione di protocolli di appropriatezza condivisi con le UUOO richiedenti, per le richieste di consulenze/prestazioni per interni
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.03	Studio di fattibilità guardia attiva unificata in radiologia PO Vimercate e PO Desio
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.04	Studio di fattibilità allineamento delle tempistiche e modalità di esecuzione sui diversi PPOO aziendali

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.05	RMN PO Vimercate: piano di riorganizzazione delle attività in vista della fine del servizio esternalizzato, programmazione e ridefinizione delle agende per interni e per esterni - evidenza: documento di programmazione (compresa gestione del transitorio estivo con fermo macchina) e definizione agende per interni ed esterni h. 12 su 5 gg / sabati-domeniche da inviare alla Direzione Sanitaria entro giugno 2022
B	Buona Amministrazione	B.16	Supporto all'attivazione Nuove strutture	B.16.01	Supporto alla attività Case di Comunità e Ospedale di Comunità	B.16.01.01	CASE DI COMUNITA' / OSPEDALI DI COMUNITA' - Gestione allestimento: secondo cronoprogramma 2022 concordato ed aggiornato periodicamente con la Direzione Aziendale (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)
B	Buona Amministrazione	B.16	Supporto all'attivazione Nuove strutture	B.16.01	Supporto alla attività Case di Comunità e Ospedale di Comunità	B.16.01.02	CASE DI COMUNITA' / OSPEDALI DI COMUNITA' - Reclutamento del personale: gestione dei bandi periodici per il reclutamento del personale libero professionale da assegnare alle attività delle CdC/OdC (evidenza: adozione delibere / determine - sintetica relazioni alla Direzione Amministrativa delle azioni previste / azioni intraprese al 31/12/2022)
C	Capitale Umano	C.01	Organizzazione	C.01.05	POAS Stesura e attuazione	C.01.05.03	POAS - Procedure di attuazione: indicazioni procedure per strutture vacanti secondo cronoprogramma 2022 concordato e aggiornato periodicamente con la Direzione (evidenza: SAL periodico)
C	Capitale Umano	C.01	Organizzazione	C.01.05	POAS Stesura e attuazione	C.01.05.04	POAS - Aggiornamento del Piano dei Centri di Costo e Piano dei Fattori Produttivi per allineamento alla nuova organizzazione aziendale (evidenza: attivazione su NFS dei nuovi piani e trasmissione sintesi alla Direzione Amministrativa)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.01	Informazione - Accessibilità e Fruibilità dei documenti legati alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (procedure; informative; dpi; schede sicurezza prodotti; avvisi; ecc.)	C.04.01.01	Definizione dei criteri di pubblicazione nella intranet aziendale e individuazione del/dei responsabili di monitoraggio dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate (evidenza: trasmissione proposta alla uoc Qualità e Risk Management)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.01	Informazione - Accessibilità e Fruibilità dei documenti legati alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (procedure; informative; dpi; schede sicurezza prodotti; avvisi; ecc.)	C.04.01.02	Disamina dei documenti già presenti nel Sistema Gestione Qualità Aziendale e definizione del cronoprogramma di aggiornamento (evidenza: trasmissione alla UOC Qualità e Risk Management della lista documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da eliminare)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.01	Informazione - Accessibilità e Fruibilità dei documenti legati alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (procedure; informative; dpi; schede sicurezza prodotti; avvisi; ecc.)	C.04.01.03	Implementazione del cronoprogramma per le attività previste nel corso del 2022 - documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da eliminare (evidenza: sintetica relazione con confronto stato ex-ante / ex post da inserire nella Relazione Annuale)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.02	Formazione - D. Lgs. 81/2008 Dirigenti e Preposti	C.04.02.01	Proposta di atto di formalizzazione della lista dei Dirigenti e dei Preposti: entro il primo semestre attività Polo Ospedaliero, entro secondo semestre attività Rete Territoriale e nuove attività (evidenza: trasmissione bozza della lista alla Direzione Strategica)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.02	Formazione - D. Lgs. 81/2008 Dirigenti e Preposti	C.04.02.03	Predisposizione di un piano triennale di aggiornamento continuo di Dirigenti e Preposti (evidenza: stesura proposta con cronoprogramma - tempi - costi da trasmettere alla Direzione Strategica)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.02	Formazione - D. Lgs. 81/2008 Dirigenti e Preposti	C.04.02.04	Implementazione del piano di aggiornamento continuo di Dirigenti e Preposti secondo il cronoprogramma 2022 (evidenza: SAL trimestrale azioni attese / azioni implementate da inviare al RSPP)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.03	Programmazione - Comitato dei DPI	C.04.03.01	Proposta di istituzione della Commissione DPI aziendale (evidenza: inserimento nel SW delibere della proposta di delibera di istituzione)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.03	Programmazione - Comitato dei DPI	C.04.03.04	Attivazione della commissione DPI ex-ante sugli acquisti di DPI (evidenza: convocazione verbali commissione)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.04	Piano Vaccinale COVID	C.04.04.01	VACCINAZIONE ANTI-COVID: Gestione vaccinazioni dipendenti secondo target e programmazione definita dalla Direzione Strategica in base alle indicazioni regionali (evidenza: report periodico vaccinazioni)
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.05	Piano Vaccinale ANTI-INFLUENZALE	C.04.05.01	VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE: Gestione vaccinazioni dipendenti secondo target e programmazione definita dalla Direzione Strategica in base alle indicazioni regionali (evidenza: report periodico vaccinazioni)
C	Capitale Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.01	Valorizzazione delle capacità dei dipendenti - Mappatura delle competenze dei formatori interni (evidenza: creazione DB entro dicembre e definizione criteri di aggiornamento continuo)
C	Capitale Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.02	Attività di Formazione dei formatori interni - sviluppo delle soft skill (evidenza: individuazione e implementazione di almeno 1 evento formativo)
C	Capitale Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.03	Sviluppo della Formazione del neoassunto come percorso di accompagnamento e accoglienza (evidenza: SAL semestrale azioni attese / azioni implementate da inviare al Direttore Sanitario)

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
C	Capitate Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.04	Piano di Recupero Attività di Formazione obbligatoria - legge 81 – BLSD american heart – ACLS (evidenza: SAL trimestrale azioni attese / azioni implementate da inviare al Direttore Sanitario)
C	Capitate Umano	C3	Fabbisogni / Valorizzazione dell'esperienza professionale	C.03.01	Fabbisogni / Reclutamento nuove risorse	C.03.01.01	PIANO FABBISOGNI - Attuazione del piano assunzioni secondo Piano dei Fabbisogni: indicazioni procedure per reclutamento dirigenti/comparto secondo cronoprogramma 2022 concordato e aggiornato con la direzione (evidenza: SAL periodico)
C	Capitate Umano	C3	Fabbisogni / Valorizzazione dell'esperienza professionale	C.03.01	Fabbisogni / Reclutamento nuove risorse	C.03.01.02	PIANO FABBISOGNI - Definizione della proposta di istituzione delle funzioni, previa valutazione degli impatti economici, da proporre al tavolo di contrattazione con le OOSS (evidenza: trasmissione via e-mail della bozza alla Direzione Amministrativa)
C	Capitate Umano	C3	Fabbisogni / Valorizzazione dell'esperienza professionale	C.03.01	Fabbisogni / Reclutamento nuove risorse	C.03.01.03	PIANO FABBISOGNI - Definizione della proposta di pesatura delle strutture secondo nuovo POAS, da proporre al tavolo di contrattazione con le OOSS (evidenza: trasmissione via e-mail della bozza alla Direzione Amministrativa)
D	Digitalizzazione	D.02	Sistemi Informativi Clinici	D.02.01	Sistema Informativo di Laboratorio	D.02.01.01	Procedura di gara per l'affidamento del nuovo sistema di gestione del servizio di Laboratorio Analisi - predisposizione documentazione tecnica - obiettivo già proposto nel 2021 e posticipato a causa di attività urgenti su Case della Comunità (evidenza: comunicazione alla Direzione Amministrativa del cronoprogramma delle attività e di periodici SAL - attività a regime entro il 31/12/2022)
D	Digitalizzazione	D.03	Sistemi Informativi di Supporto	D.03.01	Sistema Informativo CUP Desio	D.03.01.01	DIGITALIZZAZIONE - Attivazione software di CUP presso Desio in prosecuzione con obiettivo 2021 (evidenza: comunicazione alla Direzione Amministrativa del cronoprogramma delle attività e di periodici SAL - attività a regime entro il 31/12/2022)
D	Digitalizzazione	D3	Sistemi Informativi di Supporto	D.03.02	Sistema Informativo Protocollo	D.03.02.01	DIGITALIZZAZIONE - Prosecuzione delle attività di implementazione della gestione documentale per "fascicoli" con attivazione di almeno 4 sotto-progetti (evidenza: relazione alla Direzione Amministrativa con sintesi di progetto/uouo coinvolte/n. documenti gestiti)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.01	PARM: predisposizione della proposta di Piano 2022, secondo modalità e tempistiche definite da Regione Lombardia (evidenza: proposta delibera)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.02	PARM: coordinamento nella implementazione dei progetti previsti nel Piano 2022 (evidenza: verbali incontri Gruppo di Gestione del Rischio Clinico)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.03	PARM: rendicontazione periodica (negli incontri del Gruppo gestione rischio clinico) e finale del Piano 2022 (evidenza: verbali incontri e relazione finale)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.04	PARM: Raccomandazione 19: revisione delle procedure, implementazione e controlli (secondo indicazioni e tempistiche definite dal Risk Manager)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.05	PARM: revisione delle procedure, implementazione e controlli (secondo indicazioni e tempistiche definite dal Risk Manager) in tema di profilassi antibiotica, in collaborazione con le UUOO coinvolte nel processo
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.06	PARM: Audit relativo alla corretta applicazione delle procedure aziendali su trasfusioni sangue (piano concordato con il Risk Manager)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.01	SGQ: ricognizione a livello aziendale dei referenti del SGQ delle singole articolazioni aziendali (evidenza: lista nominativa)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.02	SGQ: ricognizione a livello aziendale dei referenti del SGQ - auditor interni, dimensionamento del sistema dei controlli interni per futura implementazione (evidenza: proposta di composizione e formazione)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.03	SGQ: coordinamento e supporto al Piano di aggiornamento dei documenti del SGQ secondo obiettivo assegnato alle UUOO e in base ai cronogrammi di intervento nel rispetto delle priorità definite a livello strategico (evidenza: monitoraggio intermedio a settembre e finale e dicembre)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.04	SGQ: Disamina dei documenti già presenti nel Sistema Gestione Qualità Aziendale (e/o ex Sistema di Qualità della ASST Monza) e definizione del cronoprogramma di aggiornamento (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare) e di definizione nuovi documenti - evidenza: trasmissione cronoprogramma a UOC Qualità e Risk Management entro il 15 maggio 2022 con individuazione
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.05	SGQ: Implementazione del cronoprogramma per le attività previste nel corso del 2022 (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare - nuovi documenti) - evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management entro tempistiche previste nel cronoprogramma

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.06	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo a prelievo di organi e tessuti entro maggio 2022 evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management - monitoraggio applicazione con report trimestrale sintetico DECEDUTI / VALUTATI / PRELIEVI
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.07	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo al PEMAF (in collaborazione con il DIP. DEA) evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.08	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo al MET (in collaborazione con il DIP. DEA) evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.09	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla cartella infermieristica di sala operatoria (monitoraggio liquidi) in collaborazione tra SITRA-ANESTESIE E RIANIMAZIONI-OSTETRICIE E GINECOLOGIE
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.09	SGQ: Attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (Psichiatria, Medicina Generale, Neurologia, Cure Palliative) finalizzato alla definizione di un approccio terapeutico comune al paziente con agitazione psicomotoria e delirium e definizione della bozza di proposta di documento condiviso - evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management entro dicembre 2022
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.10	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla contenzione del paziente in ospedale (escluso DSM)
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.11	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla gestione dei beni del paziente in ospedale
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità		SGQ: aggiornamento, standardizzazione e applicazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla profilassi antitrombotica
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità		SGQ: definizione di una procedura valida a livello aziendale per l'utilizzo dei nuovi codici di priorità in Pronto Soccorso
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità		SGQ: gruppo di lavoro per l'aggiornamento delle procedure relative al funzionamento della Breast Unit aziendale- consegna bozze proposte aggiornamento documenti entro luglio 2022
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.01	Tempi d'attesa Ricovero e cura	E.03.01.01	Tempi d'attesa per attività di ricovero e cura chirurgico programmato oncologici con classe di priorità A (diagnosi principale 140*-239*): 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.01	Tempi d'attesa Ricovero e cura	E.03.01.02	Tempi d'attesa per attività di ricovero e cura chirurgico programmato NON ONCOLOGICI con qualsiasi classe di priorità: 2° trimestre: 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85% (solo primi accessi - prenotazione da giugno 2022 - erogazione da settembre 2022
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.02	Tempi d'attesa Prestazioni Ambulatoriali	E.03.02.01	Tempi d'attesa per visite ambulatoriali con classe di priorità B: 2° trimestre: 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.02	Tempi d'attesa Prestazioni Ambulatoriali	E.03.02.02	Tempi d'attesa per diagnostica per immagini, primi accessi: 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%
F	Futuro	F.02	Nuove strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.01	CASE DI COMUNITA' / OSPEDALI DI COMUNITA': Attivazione dei servizi nelle sedi previste, secondo cronoprogramma 2022 (evidenza: report bimestrale da inviarsi in Direzione Generale Welfare)
F	Futuro	F.02	Nuove strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.02	OSPEDALE DI COMUNITA': definizione del modello organizzativo dell'ospedale di comunità in base alle indicazioni dell'emanando DM 71 (evidenza: documento organizzativo da proporsi entro 3 mesi dall'adozione del DM)
F	Futuro	F.02	Nuove Strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.03	CASE DI COMUNITA': Attivazione ambulatori specialistici per gestione cronicità presso le case di comunità attivate nel corso del 2022 (Cardiologia, Neurologia, Diabetologia, Pneumologia)
F	Futuro	F.02	Nuove Strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.04	OSPEDALE DI COMUNITA': definizione del modello organizzativo dell'ospedale di comunità in base alle indicazioni dell'emanando DM 71 (evidenza: documento organizzativo da proporsi entro 3 mesi dall'adozione del DM)

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE
F	Futuro	F.03	Nuove attività	F.03.01	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.04	In concomitanza a screening cervice uterina
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.02	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.02	Campagna di screening per l'eliminazione dell'HCV in favore di PAZIENTI RICOVERATI, attuazione delle azioni previste secondo indicazioni e target definiti da Regione Lombardia - evidenza: da definire a seguito linee guida regionali
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.02	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.03	Campagna di screening per l'eliminazione dell'HCV in favore di PAZIENTI CHE ACCEDONO AI PUNTI PRELIEVO, attuazione delle azioni previste secondo indicazioni e target definiti da Regione Lombardia - evidenza: da definire a seguito linee guida regionali
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.02	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.05	Progettazione ambulatorio 2 livello (funzione di infettivologia)
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.03	Screening cervice uterina	F.03.03.02	Attività di Screening cervice uterina: attivazione di slot utili alla erogazione entro i termini previsti dal protocollo di screening dei volumi di attività necessari al secondo livello (a livello aziendale previsti 1,800 approfondimenti di secondo livello colposcopie e conseguente attività di anatomia patologica) - periodo gennaio-dicembre