

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01000020 UOC INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E WELFARE DI COMUNITA'

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO IACONO**

1 gen 2016

31 ago 2016

**DOTT. GIACOMO MENGhini**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B2.015	Piani Attuativi Territoriali	Assicurare attività di consulenza ai Distretti per la redazione e l'implementazione dei Piani Attuativi Territoriali (P.A.T.)	Documento Aziendale con declaratoria linee di attività e priorità per la stesura dei PAT	30	100%	30
B2.016	PUA	favorire attraverso atti di coordinamento, consulenza e organizzazione, di concerto con il Dipartimento del Territorio, l'apertura dei PUA nei Distretti	Apertura di almeno un PUA in ogni distretto e messa a regime con modalità uniche Aziendali	40	100%	40
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**01000030 UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI**

Responsabile: **DIR. GENERALE - DOTT.SSA CINZIA TORRI**

**DOTT.SSA CINZIA TORRI**

1 ago 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.010	Rendere disponibili i dati dell'attività sanitaria al Controllo di Gestione e alla Struttura tecnica Permanente	Produzione Report trimestrali come indicato dal Controllo di Gestione e dalla Struttura tecnica Permanente	Almeno 3 Report	20	100%	20
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	20	100%	20
D1.001	Flussi informativi	Invio di tutti i flussi entro il termine e con le modalità previste dai Ministeri competenti e dalla Regione, dal Tavolo di verifica del Piano di Rientro		40	100%	40
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**IN SEDE DI NEGOZIAZIONE:**

**AZ.010:** sarebbe più efficace costruire un datawarehouse in collaborazione con il SITI che consenta al CDG e alla Struttura Tecnico Permanente di analizzare le informazioni e costruire report personalizzati. In alternativa si propone 1 report con le informazioni utili per calcolare gli indicatori desumibili dai flussi SIO,SIAS,SIES E RAD-R

**B2.002:** Competenza SIS: monitoraggio dell'attivazione dei Pdta - Report trim di distribuzione del n.Pdta attivati per singolo Mmg - Report trim con n. prestazioni erogate all'interno dei percorsi attivati

**D1.001:** Competenza SIS: modifica del testo con gli specifici flussi NCIS, SIO,SIAS,SIES,RAD-R. SOGEI EX ART.50

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01000040 UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Responsabile: DOTT. SERGIO MANGILI  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
E1.001	Attivare, diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi	N° di eventi formativi realizzati nel 2016 e N° indagini di qualità percepita dei servizi	>= 2 eventi formativi realizzati e almeno 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino	40	100%	40
E1.002	Realizzazione di iniziative di formazione confronto con i medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorità	almeno 1 evento formativo entro 60 giorni dalla nomina finalizzato all'appropriatezza prescrittiva e al corretto uso delle classi di priorità	1 evento formativo	5	100%	5
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	5	100%	5
E1.005	Giornate della Trasparenza	Collaborazione tra UOC Formazione e Comunicazione e UOC AA.GG per la realizzazione di 1 evento aziendale "Giornate della Trasparenza"	Almeno 1 Evento	20	100%	20
E1.007	Campagne di comunicazione	Attivazione di almeno 3 campagne di comunicazione aziendale	>= 3	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 010100001 Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: DIR. GENERALE - PIERGIORGIO MOSCA

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A5.001	Adempimenti D. Leg.81/2008	Completamento entro il 2016 di almeno un corso di formazione per Dirigenti e altro personale addetto, relativo agli adempimenti normativi di cui al D.leg. 81/2008 testo unico per la Sicurezza sul Lavoro	1 corso di formazione	40	100%	40
A5.002	Analisi e Valutazione Rischi	Aggiornamento dell' Analisi e valutazione dei Rischi di almeno un dipartimento aziendale	Documento	60	100%	60
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

L'implementazione e l'integrazione progressiva degli obiettivi indicati è vincolata dalla fattiva collaborazione dell'UOC Formazione e da tutti gli attori della sicurezza (Dirigenti,preposti, lavoratori) in particolare per il punto A5.001.  
 Per l'obiettivo A5.002 si intende per aggiornamento la completa elaborazione del D.V.R. di un Dipartimento con l'inclusione nell'analisi del rischio di tutte le UOC/UOS afferenti allo stesso.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**0101000020** **Coordinamento Ufficio Legale**

Responsabile: **DIR. GENERALE - AVV. STEFANO MERELLI - AVV. PATRIZIA ROSATELLI**

1 feb 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.034	Trattazione degli affari legali aziendali per il settore di competenza - "contenzioso"	Garantire la trattazione del 70% dei contenziosi assegnati	70% su 100%	100	100%	100
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

L'obiettivo sarà verificato dalla Direzione Generale, mentre la modalità di verifica prevede la tracciabilità delle cause assegnate su protocollo degli AAGG

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01010010 UOC RISK MANAGEMENT

Responsabile: DIR. GENERALE - DOTT. BENEDETTO ALFONSI

DOTT. VITTORIO AMEDEO CICOGNA

9 ago 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A4.001	Adozione ed attuazione di un Piano Annuale della gestione del rischio Clinico, orientato alla sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.	Adozione del piano annuale per la gestione del rischio clinico entro 45 giorni dalla data di adozione delle Linee Guida regionali e % di obiettivi raggiunti contenuti nel Piano di attività; almeno il 50% nel solo 2015 ed il 95% alla scadenza dei 18 mesi	almeno il 50% nel solo 2014 ed il 95% alla scadenza dei 18 mesi	50	100%	50
A4.002	Adozione ed attuazione di un Piano Annuale della gestione del rischio Clinico, orientato alla sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.	Riduzione nel secondo semestre del 2016 del 5% degli eventi rispetto al secondo semestre precedente	0,05	10	100%	10
A4.003	Partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale	invio della scheda A entro 5 giorni dall'evento ed invio della scheda B entro 45 giorni dall'evento: % di schede B caricate nel sistema secondo i tempi e parametri indicati	% di schede B caricate nel sistema secondo i tempi e parametri indicati	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020010 UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO

Responsabile: ING. GIUSEPPE SERGIO SAJEVA

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
C2.002	Ricognizione ed analisi del parco immobiliare	Raccolta e sistemazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere	Relazione al 31/12	35	100%	35
C2.003	Modalità di utilizzo e costi di gestione dell'attuale assetto immobiliare	Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità	Relazione al 31/12	20	100%	20
C2.004	Strategie complessive che si intendono adottare riguardo l'attuale assetto immobiliare	Strategie complessive in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione	Relazione al 31/12	15	100%	15
C2.005	Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dimissioni e accorpamento delle sedi.	Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento	Documentazione relativa all'abbattimento delle locazioni	10	100%	10
C3.003	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale (DA e UOC GEF)	Adempimento	5	100%	5
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020020 UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

Responsabile: **DOTT.SSA DANIELA PACIONI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.002	Aggiornamento anagrafica prezzi e variazione fornitori	Aggiornamenti Anagrafica/Variazioni	100%	30	100%	30
AZ.006	Procedura liquidazione Fatture entri i termini (Determina 20/774 del 23/03/2016)	Liquidazione fatture dal 01/11/2015 al 31/10/2016	100%	20	100%	20
AZ.027	Piano triennale prevenzione della Corruzione - Del.51/2015 modif.revis.2016 punto 5.3	Relazione ex cronoprogramma PTPC	Relazione	10	100%	10
C1.013	Riduzione procedure negoziate e/o affidamento diretto	Spesa totale procedure negoziate e/o affidamento diretto 2016 <= 90% spesa totale per procedure negoziate e/o affidamento diretto 2015	<= 90% spesa totale	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
C1.014	Riduzione acquisto beni infungibili	spesa totale acquisto beni infungibili 2016 <= 90% spesa totale per acquisto di beni infungibili 2015	<= 90%	10	100%	10
C3.003	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale (DA e UOC GEF)	Adempimento	20	100%	20
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

Rispetto all'ob. C1.013 si rappresenta che nno può essere rispettata la % indicata, in considerazione dei contratti ponte che si renderanno necessari nelle more dell'espletamento delle gare da parte delle centrali di committenza ai sensi del Dpcm del 24712/2015, nonchè delle disposizioni contenute nei punti 7 e 9 del Dca n.221/15 che in analogia con il Dpcm dispongono appunto in merito all'espletamento delle procedure negoziate e/o affidamenti diretti, nelle more delle gare regionali ovvero aggregate per le amministrazioni che abbiano contratti in scadenza.



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020030 UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.001	Piano delle Deleghe	Definitivo completamento del piano a seguito della nota 10477/2015	Provvedimento	20	100%	20
AZ.022	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Richieste Adeguamento trasparenza soc.civile (art.19 del PTCP)	Allestimento registro standardizzato e report al Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)	Report trimestrali (almeno 3/4)	5	100%	5
AZ.023	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Richieste accesso agli atti (art.19 del PTCP)	Allestimento registro standardizzato e report al Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)	Report trimestrali (almeno 3/4)	5	100%	5
AZ.024	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Sanzioni irrogate in materia di trasparenza (art.19 del PTCP)	Allestimento registro standardizzato e report al Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)	Report trimestrali (almeno 3/4)	5	100%	5
AZ.028	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Provvedimenti Disciplinari	Istituzione di un registro standardizzato dei Provvedimenti Disciplinari e report al Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)	Report al RPC	5	100%	5
AZ.029	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Procedimenti penali	Istituzione di un registro standardizzato dei Procedimenti penali e report al Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)	Report al RPC	5	100%	5
AZ.030	Consulenze Obbligatorie/Non Obbligatorie	Predisposizione di un file per la UOC GEF con l'indicazione delle consulenze Obbligatorie e quelle non Obbligatorie	Report per GEF	5	100%	5
C2.010 -a	Contenzioso: Predisposizione prospetto sentenze favorevoli	Prospetto	100%	10	100%	10
C2.010 -b	Contenzioso: Attivazione procedure per il recupero delle spese legali sui contenziosi vinti	N° posizioni Creditorie su contenziosi vinti 2016/N° contenziosi vinti 2016*100	50% delle somme maggiori a.....	10	100%	10
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	10	100%	10
E1.004	Raccolta e monitoraggio dei dati	Decreto legislativo 33/2013 e s.m.i. implementazione icona sito web "Amministrazione Trasparente"	Attestazione OIV	10	100%	10
E1.005	Giornate della Trasparenza	Collaborazione tra UOC Formazione e Comunicazione e UOC AA.GG per la realizzazione di 1 evento aziendale "Giornate della Trasparenza"	Almeno 1 Evento	10	100%	10

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**01020030 UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

Per quanto riguarda il punto AZ.029 si precisa che i dati comunicati al responsabile prevenzione della corruzione relativi ai procedimenti penali saranno quelli degli atti della Uoc Affari Generali e istituzionali.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020040 UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Responsabile: DOTT.SSA PAOLA RABBIA

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.003	Aggiornamento costante e tempestivo su piattaforma "Penelope" dei trasferimenti del personale	n.trasferimenti registrati 2016/n.trasferimenti 2016	100%	20	100%	20
AZ.004	Attuazione Atto Aziendale. Attivazione delle procedure concorsuali per UOC, UOSD, UOS e IP	N.procedure/n.procedure previste da A.A.	80%	20	100%	20
AZ.025	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Personale e incarichi	Report trimestrali trasferimenti interni del personale (Nominale e per funzioni) e report incarichi istituzionali ed extraistituzionali	Report al RPC	10	100%	10
AZ.026	Piano triennale prevenzione della Corruzione (Del.51/2015) - Conflitto d'interesse	Verifica conflitto d'interesse	Report al RPC	10	100%	10
C1.011	Rispetto del budget per la spesa del personale	4 monitoraggi/anno attestanti il rispetto del budget assegnato, a parità di livello di prestazioni erogate nell'anno precedente	4 monitoraggi/anno	10	100%	10
C1.012	Verifica congruità del fondo di spesa per il personale	4 monitoraggi/anno di verifica della congruità del fondo con contestuale verifica della capienza rispetto alle competenze erogate	4 monitoraggi/anno	20	100%	20
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020050 UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Responsabile: **DOTT. GIOVANNINO ROSSI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.005	Registrazione Fatture e Certificazione	Liquidazione di tutte le fatture dla 01/11/2015 al 31/10/2016	100%	20	100%	20
C2.008	Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2016 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda: 1. Personale 2. Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati; 3. Altri Beni e Servizi; 4. Medicina di Base; 5. Farmaceutica Convenzionata; 6. Altre prestazioni da privato.	Monitoraggio trimestrale alla Direzione Amministrativa Aziendale	Almeno 3 Monitoraggi in coerenza con modelli Ce inviati in Regione	20	100%	20
C3.001	corretta e completa attuazione PAC	rispetto delle azioni contenute nel piano aziendale entro i tempi previsti, subordinatamente all'aggiudicazione della Gara Regionale per il servizio di assistenza contabile alle ASL per l'attuazione dei PAC	Verifica provvedimenti adottati	40	100%	40
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020060 UOSD Sistemi Informatici

Responsabile: ING. MARIO CISTERNINO  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.011	Dati DWH	Realizzazione maschere per DWH per Controllo di Gestione e Struttura tecnica permanente	DWH	40	100%	40
AZ.012	Applicativo per Coordinamento Medici Competenti	Affidamento applicativo per aggiornamento anagrafica personale da Coordinamento medici competenti con Limitazioni e prescrizioni del personale	Applicativo	10	100%	10
AZ.013	Dati penelope	Implementazione piattaforma Penelope con dati: Personale, Costi, SiPSA, CUP	Disponibilità dei dati	30	100%	30
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

Si rappresenta che lo sviluppo dell'applicativo è subordinato alla definizione ei requisiti da parte degli uffici interessati

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01020070 UOC SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIPARTIMENTI TERRITORIALI

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO OTTAVIANI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.006	Procedura liquidazione Fatture entri i termini (Determina 20/774 del 23/03/2016)	Liquidazione fatture dal 01/11/2015 al 31/10/2016	100%	20	100%	20
AZ.007	Organizzazione attività amministrative dei Distretti	Proposta Protocolli organizzativi per le attività amministrative dei Distretti	Protocolli	20	100%	20
C3.003	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale (DA e UOC GEF)	Adempimento	20	100%	20
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	20	100%	20
E1.006	Modulistica attività territoriali	Adozione della modulistica unica per le attività territoriali e pubblicazione sul Sito aziendale	Disponibilità della modulistica sul Sito Aziendale	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 0103000001 *Coordinamento Trapianti*

Responsabile: **DOTT. FABIO AMBROSINI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A6.003	Aumento donazioni tessutali	Prelievi di tessuto muscolo-scheletrico, corneale e staminale eterologo	Aumento del 10% rispetto al 2015	50	100%	50
A6.004	Stesura e validazione di procedure di procurement e prelievo organi, tessuti e cellule	Esistenza di strumenti aggiornati e finalizzati, vagliati dalla Direzione Sanitaria	adozione delle procedure	25	100%	25
E1.014	Attività comunicazione Donazione organi	Realizzazione di attività di comunicazione sulle procedure per la Donazione di Organi	Progetto di comunicazione	25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 010300002 *Coordinamento medici competenti*

Responsabile: **DOTT.SSA CHIARA SESSA**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.008	Svolgimento visite programmate	Rapporto tra le visite effettuate e le visite programmate nel 2016	80%	100	100%	100
AZ.009	Aggiornamento anagrafica personale con le limitazioni e prescrizioni	Limitazioni e prescrizioni inserite/Limitazioni e Prescrizioni accertate*100	100%	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

La pesatura dell'obiettivo AZ.009 è molto inferiore a quella dell'obiettivo AZ.008 in considerazione del fatto che il raggiungimento dello stesso è dipendente dalla necessaria collaborazione di altra struttura per la creazione del database (SITI)



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01030010 UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE CANGIANO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.011	Esito e qualità delle cure: Predisposizione ed organizzazione della funzione di controllo e di rispetto del volume dei controlli programmati e della tempistica di trasmissione	n. cartelle verificate/n. cartelle totale > 12,5%	100%	15	100%	15
C2.006	Inserimento dell'attestazione di conformità e non conformità nel sito regionale SAASS dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate	n. di attestazioni di conformità o non conformità inseriti nel sistema SAASS/n. strutture che hanno presentato istanza di accreditamento e/o autorizzazione	100	60	100%	60
C2.011	Liquidazioni delle fatture da privato per attività accreditata a carico del SSR delle strutture insistenti nel territorio	n° liquidazioni / fatture presentate per tipologia	100%	20	100%	20
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	5	100%	5
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**C2.006: limitatamente all'inserimento dei pareri sui requisiti organizzativi autorizzativi e di accreditamento.**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 01030020 UOC ALPI, RECUP, SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA E GOVERNO LISTE DI ATTESA

Responsabile: DOTT. VITTORIO AMEDEO CICOGNA

DOTT. MAURIZIO FERRANTE

1 gen 2016

8 ago 2016

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.018	Flussi mobilità sanitaria	Riduzione degli errori sui dati anagrafici e sui codici fiscali dei flussi informativi di mobilità attiva rispetto all'anno di compensazione precedente	Riduzione del tasso di errore	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
A3.001	Rendicontazione di tutti gli interventi attivati allo scopo di garantire ai propri assistiti il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dal PRGLA.	Report trimestrale contenente il numero degli interventi realizzati per ogni linea indicata nel PRGLA	(almeno 1 per ogni linea >= 6)	15	100%	15
A3.002	Definizione di modelli organizzativi atti ad assicurare la pesa in carico e la gestione attraverso PDT dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari, nonché il rispetto dei tempi di attesa (30 giorni fase diagnostica e 30 giorni inizio terapia da indicazione clinica)	Presentazione ed invio entro 60 giorni dal decreto di nomina del piano contenente il modello organizzativo adottato per il monitoraggio delle prestazioni traccianti per la valutazione dell'inizio e della fine di ciascuna fase del PDT (diagnostica e terapeutica) delle patologie target		10	100%	10
A3.003	Promozione e monitoraggio del ricorso alla prescrizione elettronica da parte degli specialisti ambulatoriali	Ricorso alla prescrizione elettronica di almeno l'80% degli specialisti dipendenti e convenzionati del SSR	80%	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
A3.004	Definizione ed applicazione di corretti rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività ambulatoriale e Libera Professione e quelli dell'attività istituzionale	Numero di provvedimenti aziendali adottati per la riduzione e/o sospensione delle attività libero professionali in quelle unità operative dove non sono stati rispettati i rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale come previsto nel PRGLA		10	100%	10
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi)	>=70%	15	100%	15
A3.006	Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: 1.RMN 2.Chirurgia vascolare 3.Ostetricia e Ginecologia 4. Cardiologia 5. Gastroenterologia 6.Radiologia	Limitatamente alle discipline considerate: ore di agenda visibili al ReCUP e strutture per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal.....	>=70%	15	100%	15
A3.007	Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali	Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2016 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche : prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30*media giornaliera erogato ad accesso diretto)	a) >= 50% b) >= 70%	10	100%	10

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016**
**01030020 UOC ALPI, RECUP, SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA E GOVERNO LISTE DI ATTESA**
**Responsabile: DOTT. VITTORIO AMEDEO CICOGNA**

1 gen 2016

8 ago 2016

**DOTT. MAURIZIO FERRANTE**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
		b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30*media giornaliera erogato)				
A3.008	Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata)	Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel 2016: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP /Ricavo complessivo derivante delle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico	>= 70%	10	100%	10
C2.009	Tenuta della contabilità separata per le prestazioni libero-professionali in intramoenia	Importo fatturato intramoenia in serito in contabilità separata/Importo fatturato intramoenia*100	100%	10	100%	10
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	5	100%	5
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**A1.018: Limitatamente alla registrazione degli assistiti presso il sistema di prenotazione Recup, essendo esclusa la registrazione dei dati per il regime di ricovero che avviene nei Presidi ospedalieri**
**A3.002: Da condividere con Dipartimenti, Distretti e Poli Ospedalieri**
**A3.003: Limitatamente agli specialisti ambulatoriali in condivisione con i Distretti e il SITI, in quanto l'U.O. gestisce la posizione giuridico amministrativa del personale a convenzione che opera alle dipendenze delle macrostrutture aziendali**
**A3.005: Le modalità di estrazione da parte di LAZIO CREA non è uniforme a quella Aziendale, come da relazione inviata recentemente alla Direzione Aziendale**
**A3.006: Disciplinare Monnalisa non coincide con le modalità di rilevazione riportate nell'indicatore**
**C2.009: Posizione Amministrativa prevista, non ancora assegnata**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**01030040** **UOSD Ufficio Speciale Nuovo Ospedale Dei Castelli ed Ingegneria Clinica**

Responsabile: **ING. ALDO CELLA**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.006	Procedura liquidazione Fatture entri i termini (Determina 20/774 del 23/03/2016)	Liquidazione fatture dal 01/11/2015 al 31/10/2016	100%	34	100%	34
C2.001	Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza	Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC - GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate	File aggiornato	33	100%	33
C3.003	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale (DA e UOC GEF)	Adempimento	33	100%	33

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016**
**01030547 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1**
**Responsabile: DOTT. MICHELE DI PAOLO**

1 gen 2016

30 set 2016

**DOTT.SSA ANNA PETRILLI**

1 ott 2016

31 dic 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	40	100%	40
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Rinnovo proposta di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura (nota formale al Dip.Area Medica)	10	100%	10
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario	>=40%	5	100%	5
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=60	5	100%	5
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	5	50%	2.5
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	5	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attivazione OBI	Relazione	10	0%	0
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**
**82.5**
**In riferimento agli Obiettivi: A1.004,A1.005, A2.001,A2.002,A2.004, si richiede la compartecipazione per quanto di competenza**

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016**
**01030644 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H2**
**Responsabile: DOTT. MAURIZIO IACONO**

1 gen 2016

31 mar 2016

**DOTT.SSA SANTINA MEDAGLINI**

1 apr 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario	>=40%	5	100%	5
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=60	5	100%	5
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	5	93%	4.65
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	5	100%	5
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione	35	100%	35
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99.65**
**In riferimento agli Obiettivi: A1.004,A1.005, A2.001,A2.002,A2.004, si richiede la compartecipazione per quanto di competenza**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**01030754 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3**

Responsabile: **DOTT. PAOLO ANGELETTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	20	100%	20
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	5	100%	5
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario	>=40%	10	100%	10
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=80	10	100%	10
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	10	100%	10
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	5	100%	5
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione	10	100%	10
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	25	100%	25
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

In riferimento agli Obiettivi: A1.004,A1.005, A2.001,A2.002,A2.004, si richiede la compartecipazione per quanto di competenza

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016**
**01030843 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4**
**Responsabile: DOTT. MICHELE DI PAOLO**

1 gen 2016

30 set 2016

**DOTT.SSA SANTINA MEDAGLINI**

1 ott 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	40	100%	40
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	10	0%	0
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario	>=40%	5	95%	4.75
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=70	5	100%	5
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	5	72%	3.6
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	5	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione	10	100%	10
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 83.35**
**In riferimento agli Obiettivi: A1.004,A1.005, A2.001,A2.002,A2.004, si richiede la compartecipazione per quanto di competenza**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010330**

**UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA PARADISI**

1 gen 2016

31 ago 2016

**DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.024	Adempimenti Deliberazione 374/2015 "Piano di Intervento Straordinario per il Governo della Spesa Farmaceutica Convenzionata 2015"	Convocazione dei MMG e PLS con scostamento sfavorevole del Budget per un'analisi face to face	Almeno 12 incontri	40	100%	40
A1.025	Appropriatezza prescrittiva e screening oncologico (DCA 437/2013; DCA 191/2015; DCA593/2015)	Verifica e controllo ai sensi dei nuovi Piani Operativi i fase di Approvazione	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
B1.007	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	6.25	100%	6.25
B1.008	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=95%	6.25	98%	6.12
B1.009	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età over 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età over 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>=75%	6	68,32%	4.09
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	6	0%	0
B2.003	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	Delibera aziendale di istituzione e report di attività	istituzione di almeno una UVMD	21.25	100%	21.25
B2.009	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione over 65 seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASL/Popolazione over 65 residente nell'ASL *100	>= 4%	5	100%	5.25
B2.010	Aggiornamento anagrafica Diabete	File completo e aggiornato dei casi di pazienti diabetici	100%	5.25	100%	5.25
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	3	100%	3.25

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010330 UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA PARADISI**  
 1 gen 2016 31 ago 2016

**DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**  
 1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>91.46</b>

OB. A1.025: Ci si riserva richiesta di negoziazione del peso alla luce degli emanandi Piani Operativi  
 OB. B1.007 - B1.008: Poichè il valore traguardo è determinato dall'aderenza di singoli individui, la valutazione misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione,pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B1.009: Vaccinazione praticata pressochè esclusivamente dai MMG. Il valore traguardo misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione,pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B2.002: E' necessario venga fornito un database per l'individuazione dei pazienti non noti basato su: ricoveri osp.(SIO), farmaceutica con filtro che escluda i pazienti con esenzione (Pazienti noti). E' necessario inoltre indicare in quale contesto individuare i posti di specialistica da riservare, considerato che tutte le prestazioni del territorio sono inserite in Recup e (di norma) occupano le agende fino al 2016.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**

1 gen 2016

31 ago 2016

**DOTT.SSA CARLA PARADISI**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.024	Adempimenti Deliberazione 374/2015 "Piano di Intervento Straordinario per il Governo della Spesa Farmaceutica Convenzionata 2015"	Convocazione dei MMG e PLS con scostamento sfavorevole del Budget per un'analisi face to face	Almeno 12 incontri	40	100%	40
A1.025	Appropriatezza prescrittiva e screening oncologico (DCA 437/2013; DCA 191/2015; DCA593/2015)	Verifica e controllo ai sensi dei nuovi Piani Operativi i fase di Approvazione	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
B1.007	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	6.25	97%	6.06
B1.008	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=95%	6.25	89%	5.5
B1.009	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età over 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età over 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>=75%	6.25	68,32%	4.27
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	6.25	100%	6.25
B2.003	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	Delibera aziendale di istituzione e report di attività	istituzione di almeno una UVMD	20	100%	20
B2.009	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione over 65 seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASL/Popolazione over 65 residente nell'ASL *100	>= 4%	6.25	91%	4.8
B2.010	Aggiornamento anagrafica Diabete	File completo e aggiornato dei casi di pazienti diabetici	100%	6.25	100%	6.25
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	2.5	100%	2.5

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**  
 1 gen 2016 31 ago 2016

**DOTT.SSA CARLA PARADISI**  
 1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>95.63</b>

OB. A1.025: Ci si riserva richiesta di negoziazione del peso alla luce degli emanandi Piani Operativi  
 OB. B1.007 - B1.008: Poichè il valore traguardo è determinato dall'aderenza di singoli individui, la valutazione misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione,pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B1.009: Vaccinazione praticata pressochè esclusivamente dai MMG. Il valore traguardo misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione,pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B2.002: E' necessario venga fornito un database per l'individuazione dei pazienti non noti basato su: ricoveri osp.(SIO), farmaceutica con filtro che escluda i pazienti con esenzione (Pazienti noti). E' necessario inoltre indicare in quale contesto individuare i posti di specialistica da riservare, considerato che tutte le prestazioni del territorio sono inserite in Recup e (di norma) occupano le agende fino al 2016.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010340**

**UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 gen 2016

31 ago 2016

**DOTT. GUIDO DI LISA**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.024	Adempimenti Deliberazione 374/2015 "Piano di Intervento Straordinario per il Governo della Spesa Farmaceutica Convenzionata 2015"	Convocazione dei MMG e PLS con scostamento sfavorevole del Budget per un'analisi face to face	Almeno 12 incontri	40	100%	40
A1.025	Appropriatezza prescrittiva e screening oncologico (DCA 437/2013; DCA 191/2015; DCA593/2015)	Verifica e controllo ai sensi dei nuovi Piani Operativi i fase di Approvazione	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
B1.007	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	6.25	96%	6
B1.008	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=95%	6.25	74%	4.6
B1.009	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età over 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età over 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>=75%	6.25	68,32%	4.27
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	6.25	0%	0
B2.003	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	Delibera aziendale di istituzione e report di attività	istituzione di almeno una UVMD	20	100%	20
B2.009	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione over 65 seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASL/Popolazione over 65 residente nell'ASL *100	>= 4%	6.25	90%	5.6
B2.010	Aggiornamento anagrafica Diabete	File completo e aggiornato dei casi di pazienti diabetici	100%	6.25	0%	0
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	2.5	100%	2.5

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010340 UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**  
 1 gen 2016      31 ago 2016

**DOTT. GUIDO DI LISA**  
 1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>82.97</b>

OB. A1.025: Ci si riserva richiesta di negoziazione del peso alla luce degli emanandi Piani Operativi  
 OB. B1.007 - B1.008: Poichè il valore traguardo è determinato dall'aderenza di singoli individui, la valutazione misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B1.009: Vaccinazione praticata pressochè esclusivamente dai MMG. Il valore traguardo misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B2.002: E' necessario venga fornito un database per l'individuazione dei pazienti non noti basato su: ricoveri osp.(SIO), farmaceutica con filtro che escluda i pazienti con esenzione (Pazienti noti). E' necessario inoltre indicare in quale contesto individuare i posti di specialistica da riservare, considerato che tutte le prestazioni del territorio sono inserite in Recup e (di norma) occupano le agende fino al 2016.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010345 UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. ETTORE FUSELLI**  
 1 gen 2016 31 ago 2016

**DOTT. MARCO MATTEI**  
 17 ott 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.024	Adempimenti Deliberazione 374/2015 "Piano di Intervento Straordinario per il Governo della Spesa Farmaceutica Convenzionata 2015"	Convocazione dei MMG e PLS con scostamento sfavorevole del Budget per un'analisi face to face	Almeno 12 incontri	40	100%	40
A1.025	Appropriatezza prescrittiva e screening oncologico (DCA 437/2013; DCA 191/2015; DCA593/2015)	Verifica e controllo ai sensi dei nuovi Piani Operativi i fase di Approvazione	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
B1.007	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	6.25	96%	6
B1.008	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=95%	6.25	80%	5
B1.009	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età over 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età over 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>=75%	6.25	68,32%	4.27
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	6.25	0%	0
B2.003	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	Delibera aziendale di istituzione e report di attività	istituzione di almeno una UVMD	20	100%	20
B2.009	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione over 65 seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASL/Popolazione over 65 residente nell'ASL *100	>= 4%	6.25	100%	6.25
B2.010	Aggiornamento anagrafica Diabete	File completo e aggiornato dei casi di pazienti diabetici	100%	6.25	100%	6.25
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	2.5	100%	2.5

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010345** **UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. ETTORE FUSELLI**  
 1 gen 2016      31 ago 2016

**DOTT. MARCO MATTEI**  
 17 ott 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>90.27</b>

OB. A1.025: Ci si riserva richiesta di negoziazione del peso alla luce degli emanandi Piani Operativi  
 OB. B1.007 - B1.008: Poichè il valore traguardo è determinato dall'aderenza di singoli individui, la valutazione misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B1.009: Vaccinazione praticata pressochè esclusivamente dai MMG. Il valore traguardo misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B2.002: E' necessario venga fornito un database per l'individuazione dei pazienti non noti basato su: ricoveri osp.(SIO), farmaceutica con filtro che escluda i pazienti con esenzione (Pazienti noti). E' necessario inoltre indicare in quale contesto individuare i posti di specialistica da riservare, considerato che tutte le prestazioni del territorio sono inserite in Recup e (di norma) occupano le agende fino al 2016.



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010350**

**UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT. GUIDO DI LISA**

1 gen 2016

31 ago 2016

**DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.024	Adempimenti Deliberazione 374/2015 "Piano di Intervento Straordinario per il Governo della Spesa Farmaceutica Convenzionata 2015"	Convocazione dei MMG e PLS con scostamento sfavorevole del Budget per un'analisi face to face	Almeno 12 incontri	40	100%	40
A1.025	Appropriatezza prescrittiva e screening oncologico (DCA 437/2013; DCA 191/2015; DCA593/2015)	Verifica e controllo ai sensi dei nuovi Piani Operativi i fase di Approvazione	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
B1.007	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	6.25	100%	6.25
B1.008	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=95%	6.25	100%	6.25
B1.009	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età over 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età over 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>=75%	6.25	68,32%	4.27
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	6.25	100%	6.25
B2.003	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	Delibera aziendale di istituzione e report di attività	istituzione di almeno una UVMD	20	100%	20
B2.009	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione over 65 seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASL/Popolazione over 65 residente nell'ASL *100	>= 4%	6.25	100%	6.25
B2.010	Aggiornamento anagrafica Diabete	File completo e aggiornato dei casi di pazienti diabetici	100%	6.25	100%	6.25
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	2.5	100%	2.5

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010350 UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT. GUIDO DI LISA**  
 1 gen 2016 31 ago 2016

**DOTT. RAFFAELE GALLI**  
 1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>98.02</b>

OB. A1.025: Ci si riserva richiesta di negoziazione del peso alla luce degli emanandi Piani Operativi  
 OB. B1.007 - B1.008: Poichè il valore traguardo è determinato dall'aderenza di singoli individui, la valutazione misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B1.009: Vaccinazione praticata pressochè esclusivamente dai MMG. Il valore traguardo misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)  
 OB. B2.002: E' necessario venga fornito un database per l'individuazione dei pazienti non noti basato su: ricoveri osp.(SIO), farmaceutica con filtro che escluda i pazienti con esenzione (Pazienti noti). E' necessario inoltre indicare in quale contesto individuare i posti di specialistica da riservare, considerato che tutte le prestazioni del territorio sono inserite in Recup e (di norma) occupano le agende fino al 2016.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010355 UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOTT.SSA LUCREZIA VERA**

1 gen 2016

31 ago 2016

**DOTT. ETTORE FUSELLI**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.024	Adempimenti Deliberazione 374/2015 "Piano di Intervento Straordinario per il Governo della Spesa Farmaceutica Convenzionata 2015"	Convocazione dei MMG e PLS con scostamento sfavorevole del Budget per un'analisi face to face	Almeno 12 incontri	40	100%	40
A1.025	Appropriatezza prescrittiva e screening oncologico (DCA 437/2013; DCA 191/2015; DCA593/2015)	Verifica e controllo ai sensi dei nuovi Piani Operativi i fase di Approvazione	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	0	OBIETTIVO STERILIZZATO	0
B1.007	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	5.5	94%	5.17
B1.008	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2014) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=95%	5.5	65%	3.5
B1.009	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età over 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età over 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>=75%	8.5	68,32%	5.8
B2.002	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	5.5	0% (Nessun riscontro)	0
B2.003	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	Delibera aziendale di istituzione e report di attività	istituzione di almeno una UVMD	20	50%	10
B2.009	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione over 65 seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASL/Popolazione over 65 residente nell'ASL *100	>= 4%	5.5	100%	5.5
B2.010	Aggiornamento anagrafica Diabete	File completo e aggiornato dei casi di pazienti diabetici	100%	5.5	0% (Nessun riscontro)	0
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	4	100%	4

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04010355** **UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOTT.SSA LUCREZIA VERA**

1 gen 2016      31 ago 2016

**DOTT. ETTORE FUSELLI**

1 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>73.97</b>

OB. A1.025: Ci si riserva richiesta di negoziazione del peso alla luce degli emanandi Piani Operativi

OB. B1.007 - B1.008: Poichè il valore traguardo è determinato dall'aderenza di singoli individui, la valutazione misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)

OB. B1.009: Vaccinazione praticata pressochè esclusivamente dai MMG. Il valore traguardo misurerà iniziative ed attività di sensibilizzazione (incontri, formazione, pagina dedicata sul sito aziendale, ecc.)

OB. B2.002: E' necessario venga fornito un database per l'individuazione dei pazienti non noti basato su: ricoveri osp.(SIO), farmaceutica con filtro che escluda i pazienti con esenzione (Pazienti noti). E' necessario inoltre indicare in quale contesto individuare i posti di specialistica da riservare, considerato che tutte le prestazioni del territorio sono inserite in Recup e (di norma) occupano le agende fino al 2016.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04010360 UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA SCAMPATI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.031	Organizzazione attività dei Consulori nei Distretti	Adozione Protocolli organizzativi per le attività dei Consulori nei Distretti	Protocolli	10	100%	10
A3.003	Promozione e monitoraggio del ricorso alla prescrizione elettronica da parte degli specialisti ambulatoriali	Ricorso alla prescrizione elettronica di almeno l'80% degli specialisti dipendenti e convenzionati del SSR	80%	10	0%	0
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	5	100%	5
E1.006	Modulistica attività territoriali	Adozione della modulistica unica per le attività territoriali e pubblicazione sul Sito aziendale	Disponibilità della modulistica sul Sito Aziendale	5	100%	5
E1.008	Promozione di interventi di contrasto alla violenza di genere attraverso azioni di prevenzione e contrasto delle situazioni di violenza	campagna di informazione e comunicazione	Elaborazione e distribuzione di materiale informativo anche presso scuole e associazioni	35	100%	35
E1.009	Contrasto della violenza di genere e modelli di intervento	Organizzazione di un corso di formazione per gli operatori	1 corso nel corso dell'anno	35	100%	35

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

**IN SEDE DI NEGOZIAZIONE:**

**AZ.031:** è già in essere stesura protocolli organizzativi in collaborazione con altre istituzioni e con organismi del terzo settore. L'adozione degli stessi deve tener conto delle eventuali decisioni di istanze istituzionali sovradimensionate rispetto ai consulenti e da istanze terze.

**A3.003:** obiettivo raggiungibile solo con il contributo sostanziale e determinante della preposta struttura aziendale per il supporto informatico. Ad oggi solo 3 sedi sono dotate di strumentazione informatica.

**E1.006:** se per modulistica unica per le attività territoriali si intendono una serie di stampati fruibili da parte degli utenti, si segnala che nei Consulenti non sono previste attività sanitarie tali da richiedere la disponibilità di modulistica ad uso dell'utenza. L'unica fattispecie ricadente l'obiettivo assegnato potrebbe essere il modulo di richiesta copia cartella clinica

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04010370 UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE

Responsabile: DOTT.SSA STEFANIA DELL'ORCO

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.014	Procedura inserimento ordini e D.D.T.	Riduzione scostamento tra la fase di ricevimento merce e il caricamento del D.D.T.	Caricamento del DDT entro 7 giorni dalla data di consegna effettiva per i beni a magazzino e i 14 giorni per i beni in transito (BT FAR)	50	100%	50
C1.001	Spesa farmaceutica territoriale	Scostamento <= 0,5% del tetto di spesa su base regionale (11,35%)	<= 0,5%	5	100%	5
C1.004	Spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG.	(Spesa Convenzionata Netta 2016)/(Popolazione Assistita Pesata 2016)	<= 154 €	5	75%	3.75
C1.005	Verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP)	Numero DDD/1000 assistiti/die IPP	<= 74	5	75%	3.75
C1.006	Verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine.	(DDD 1000 assistiti/die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1000 assistiti/die statine)	>= 80%	5	75%	3.75
C1.007	Verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani	(DDD Antagonisti dell'angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell'angiotensina II non associati)	>= 92%	5	100%	5
C1.017	Ossigenoterapia	Analisi dell'appropriatezza e riduzione della spesa per l'ossigenoterapia	Riduzione spesa rispetto 2015 e relazione Analisi	25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 96.25**

OBIETTIVI C1.004 - 05 - 06 - 07: Il DCA 156/2014 è stato superato dal DCA 480.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 0415 **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Responsabile: **DOTT. MARCO D'ALEMA**  
 15 mar 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.019	Riduzione degli accessi reiterati	N. accessi reiterati 2016/N. accessi reiterati 2015	<1	20	100%	20
A1.027	Riduzione della contenzione	Riduzione del 10%	Relazione	20	100%	20
A3.009	Mantenimento dei livelli di produzione ambulatoriale ed erogazione diretta	Prestazioni 2016/Prestazioni2015	>= 1	20	100%	20
B2.007	Utenti presi in carico nei Csm distrettuali	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>= 10,2	20	100%	20
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutical restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04154001** **UOC SPDC H1**

Responsabile: **DOTT. VINCENZO MANNA**

1 feb 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.019	Riduzione degli accessi reiterati	N. accessi reiterati 2016/N. accessi reiterati 2015	<1	50	100%	50
A1.020	Eliminazione della contenzione	Verifica dei registri di contenzione	Relazione	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04154002** **UOC SPDC H2**

Responsabile: **DOTT. ANTONIO D'AURIA**

1 feb 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.019	Riduzione degli accessi reiterati	N. accessi reiterati 2016/N. accessi reiterati 2015	<1	50	100%	50
A1.020	Eliminazione della contenzione	Verifica dei registri di contenzione	Relazione	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04154003 UOC CSM H1- H3**

Responsabile: **DOTT. MARCO D'ALEMA**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.037	Riduzione ricoveri in strutture riabilitative H24	Riduzione del 10%	Riduzione del 10%	40	100%	40
A3.009	Mantenimento dei livelli di produzione ambulatoriale ed erogazione diretta	Prestazioni 2016/Prestazioni2015	>= 1	20	100%	20
B2.007	Utenti presi in carico nei Csm distrettuali	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>= 10,2	20	100%	20
B2.025	Attività domiciliare	Incremento e/o qualità degli interventi	Relazione	20	0% (Nessun riscontro)	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 80**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04154004 UOC CSM H4**

Responsabile: **DOTT. EDUARDO FERRI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A3.009	Mantenimento dei livelli di produzione ambulatoriale ed erogazione diretta	Prestazioni 2016/Prestazioni2015	>= 1	20	100%	20
B2.007	Utenti presi in carico nei Csm distrettuali	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>= 10,2	20	100%	20
B2.026	Progetto "Sostegno all'abitare"	Relazione		30	100%	30
B2.027	Progetto "Centro di ippo e onoterapia - IL MASSO"	Relazione		30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04154005 UOC CSM H2- H5**

Responsabile: **DOTT.MARIO PINTO**

1 gen 2016 7 feb 2016

**DOTT.SSA MARIA TERESA DANIELE**

8 feb 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A3.009	Mantenimento dei livelli di produzione ambulatoriale ed erogazione diretta	Prestazioni 2016/Prestazioni2015	>= 1	25	100%	25
B2.007	Utenti presi in carico nei Csm distrettuali	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>= 10,2	25	100%	25
B2.017	Implementazione gruppi di psicoterapia di sostegno alle famiglie di utenti e/o utenti affetti da disturbi di personalità e schizofrenia	Numero sedute di gruppo	30 sedute (di cui 20 minime)	50	100%	50

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04154006 UOC CSM H6**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE FABIANO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A3.009	Mantenimento dei livelli di produzione ambulatoriale ed erogazione diretta	Prestazioni 2016/Prestazioni2015	>= 1	25	100%	25
B2.007	Utenti presi in carico nei Csm distrettuali	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 1.000 abitanti	>= 10,2	25	100%	25
B2.021	Prosecuzione Progetto GIANO (ex GOI) con TSMREE, SERD, consultorio, Comuni	Relazione conclusiva con dati	10 incontri	15	100%	15
B2.022	Avvio Progetto UFE	Relazione conclusiva con dati	10 gg presenza UFE	15	100%	15
B2.023	Prosecuzione Progetto STEP	Relazione conclusiva con dati	3 incontri aperti	10	100%	10
B2.024	Prosecuzione collaborazione Coordinamento Aziendale Trapianti e CTRL	Relazione conclusiva con dati	3 incontri e iniziative formative	10	100%	10
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04154007 UOC SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA

Responsabile: DOTT.SSA DIANA DI PIETRO

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.017	Continuità assistenziale e globalità del trattamento terapeutico	Favorire il collegamento con Servizi e Strutture intra ed extra aziendali per assicurare la continuità assistenziale e la globalità del trattamento terapeutico, anche in integrazione con il privato sociale	Verifica delle Procedure di Facilitazione	10	100%	10
B2.013	Inclusione scolastica degli alunni con bisogni educativi speciali	Promuovere e partecipare a progetti ed interventi di rete con i Servizi Sociali comunali, i tribunali, le scuole di ogni ordine e grado, i PLS e altre agenzie educative territoriali nell'ambito dell'integrazione socio educativa e l'inclusione scolastica di alunni con bisogni educativi speciali	Verifica dei progetti	30	100%	30
B2.018	Appropriatezza dei percorsi diagnostici e assistenziali integrati nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo e nei disturbi psichiatrici in adolescenza nel rispetto delle linee guida	Favorire la creazione di percorsi diagnostici e assistenziali integrati ospedale-territorio	Numero di percorsi attivati	30	100%	30
B2.019	Continuità assistenziale nel passaggio all'età adulta	Promozione e realizzazione di percorsi integrati per il passaggio degli adolescenti con disturbo psichiatrico al servizio per adulti	Formalizzazione di percorsi e attività integrate tra servizi SMREE, CSM e SERD	10	100%	10
B2.020	Diffusione e integrazione rete aziendale integrata (servizi territoriali Asl, Comuni, scuole, Forze dell'Ordine, Tribunali...) Protection Network e Abuso Online per interventi nell'ambito dell'abuso sessuale e del maltrattamento dei minori	Diffusione delle procedure		10	100%	10
D1.002	Flussi informativi territoriali	Creazione e attuazione di un sistema di raccolta dati delle prestazioni territoriali, omogenea ed integrata con il Cup	Registrazione omogenea delle prestazioni sanitarie nei servizi	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**

**100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04154008 UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA GALLOZZI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.017	Continuità assistenziale e globalità del trattamento terapeutico	Favorire il collegamento con Servizi e Strutture intra ed extra aziendali per assicurare la continuità assistenziale e la globalità del trattamento terapeutico, anche in integrazione con il privato sociale	Verifica delle Procedure di Facilitazione	50	100%	50
E1.010	Favorire una cultura rioguardante le problematiche connesse ai disturbi da sostanze, promuovendo stili di vita estranei e la riduzione dello stigma dei soggetti con disturbo da sostanze o addiction	sostenere lo sviluppo della comunicazione in ambito della società	Verifica dei progetti	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**0420**

### DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.005	Sicurezza nei luoghi di lavoro	N. imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza	Obiettivo LEA = 893	15	100%	15
B1.011	Controllo allevamenti per TBC bovina	% di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	Controlli effettuati > = 99,9%	15	100%	15
B1.012	Controllo allevamenti per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina	% di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	99,8%	15	100%	15
B1.013	Controllo anagrafi animale	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: % di aziende ovicaprine controllate	>=99,7%	10	100%	10
B1.014	Controlli per la riduzione del rischio di uso farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari	% dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	10	100%	10
B1.015	Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	100%	15	100%	15
B1.016	Contaminanti negli alimenti di origine vegetale	Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali; percentuale dei campioni previsti	> 90% in tutte le categorie previste dal DM	10	100%	10
E1.003	Restyling Sito Aziendale	Partecipazione agli incontri propedeutici al restyling del sito e adempimenti	Verifica adempimenti richiesti e presenza del referente al gruppo di lavoro	10	100%	10
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**OB. B1.005:** In assenza di ulteriori comunicazioni da parte della Regione si mantengono i livelli prestazionali del 2015 assegnati con nota prot. R.L.n. 304080 del 5/6/2015 pari a 775 aziende da verificare



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04201701 UOC SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA (SISP)

Responsabile: **DOTT.SSA DONATELLA VARRENTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.018	Tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro	Controllo igienico sanitario e tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro	Relazione al 31/12/2016	20	100%	20
B1.019	Elaborazione nuovi modelli per lo svolgimento delle attività	Sviluppo progetti	Relazione	60	100%	60
B1.020	Autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie secondo le disposizioni regionali	Partecipazione alle attività di vigilanza e istruttoria dei procedimenti di autorizzazione ed accreditamento	Relazione attività al 31/12	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04201702 UOC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)

Responsabile: **DOTT. STEFANO BATTISTINI**  
 1 gen 2016      31 mag 2016

**DOTT. MASSIMO BARBATO**  
 1 giu 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.005	Sicurezza nei luoghi di lavoro	N. imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza	Obiettivo LEA = 893	100	100%	100
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**OB. B1.005:** In assenza di ulteriori comunicazioni da parte della Regione si mantengono i livelli prestazionali del 2015 assegnati con nota prot. R.L.n. 304080 del 5/6/2015 pari a 775 aziende da verificare

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04201703 UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

Responsabile: **DOTT.SSA ANGELA DE CAROLIS**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.015	Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	100%	40	100%	40
B1.016	Contaminanti negli alimenti di origine vegetale	Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali; percentuale dei campioni previsti	> 90% in tutte le categorie previste dal DM	40	100%	40
B1.026	Applicazione adempimenti Piano Prevenzione Regionale	Adempimenti previsti dalle linee progettuali n.a) 8.4, b) 3.1, c) 1.4, d) 1.1	Relazione	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04201704 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A**

Responsabile: **DOTT. LEONARDO BUONO**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.011	Controllo allevamenti per TBC bovina	% di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	Controlli effettuati > = 99,9%	30	100%	30
B1.012	Controllo allevamenti per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina	% di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di riconrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	99,8%	40	100%	40
B1.013	Controllo anagrafi animale	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: % di aziende ovicaprine controllate	>=99,7%	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04201705 UOSD Servizio Vetrinario - AREA C**

Responsabile: **DOTT. NATALINO CERINI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.021	PNAA - piano Nazionale Alimenti	Numero vigilanze e campioni programmati	Relazione al 31/12	30	100%	30
B1.022	Benessere Animali in allevamento	Numero vigilanze programmate	Relazione al 31/12	40	100%	40
B1.025	PRR - Piano Regionale Residui	N. campioni effettuati sui programmati	Relazione al 31/12	30	100%	30
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04201706 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.015	Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	100%	70	100%	70
E1.015	Piano di formazione - informazione di buona prassi di lavorazione nella catena di preparazione e somministrazione del pesce crudo	Elaborazione di materiale informativo destinato agli O.S.A. che somministrano prodotti della pesca crudi	Relazione	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04201707 UOSD Strutture Sanitarie

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO BEATO**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.020	Autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie secondo le disposizioni regionali	Partecipazione alle attività di vigilanza e istruttoria dei procedimenti di autorizzazione ed accreditamento	Relazione attività al 31/12	50	100%	50
C2.006	Inserimento dell'attestazione di conformità e non conformità nel sito regionale SAASS dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate	n. di attestazioni di conformità o non conformità inseriti nel sistema SAASS/n. strutture che hanno presentato istanza di accreditamento e/o autorizzazione	100	50	100%	50

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04201708 UOSD Anagrafe Canina

Responsabile: **DOTT. NATALINO CERINI**  
1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.018	Anagrafe e accesso pubblico	Aggiornamento dell'anagrafe informatizzata e verifica della fattibilità di un accesso pubblico al registro	Relazione	50	100%	50
E1.011	Prevenzione abbandono e Randagismo	Attività di formazione per il personale Medico Vetrinario Dipendente in tema di cura dei cani come prevenzione dell'abbandono e del randagismo	1 Corso di formazione	50	100%	50

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016**
**0432**
**DIPARTIMENTO EMERGENZA**
**Responsabile: DOTT. MAURIZIO CAPOGROSSI**

1 gen 2016

11 set 2016

**DOTT. ANDREA PINTO**

12 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	40	100%	40
A2.008	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	5	100%	5
A2.009	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 2	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti in Ps alle ore 14.00 in almeno il 75 % delle rilevazioni giornaliere del mese	< = 20%	5	95%	4.8
A2.010	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	5	100%	5
A2.011	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 4	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	5	100%	5
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione	5	100%	5
A2.014	Ottimizzazione del supporto di letti intensivi a servizio della Chirurgia	Relazione	Relazione	5	100%	5
A2.015	Prevenzione e controllo del dolore	Verifica all'interno del polo dell'applicazione delle attività per la prevenzione e controllo del dolore	Relazione	5	100%	5
A2.016	Partoanalgesia	Verifica per attivazione sistematica di partoanalgesia	Verifica del progetto	5	100%	5
A3.011	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo al 90%	Relazione	5	100%	5
IN.003	Facilitazione supporto anestesiológico all'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento degli standard concordati dall'Area Chirurgica con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	5	62%	3.1
IN.004	Collaborazione con l'Area medica nella riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
IN.005	Collaborazione con l'Area medica per la riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronico ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**0432**

### **DIPARTIMENTO EMERGENZA**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO CAPOGROSSI**

1 gen 2016

11 set 2016

**DOTT. ANDREA PINTO**

12 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>87.9</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04328101 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H1

Responsabile: DOTT. ALFREDO LALLI

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.008	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	20	100%	20
A2.009	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 2	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti in Ps alle ore 14.00 in almeno il 75 % delle rilevazioni giornaliere del mese	< = 20%	20	100%	20
A2.010	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	100%	20
A2.011	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 4	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	100%	20
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione sul PS di competenza	10	100%	10
IN.004	Collaborazione con l'Area medica nella riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
IN.005	Collaborazione con l'Area medica per la riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04328102 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H2

Responsabile: **DOTT. VITTORIO NICOLI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.008	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	20	100%	20
A2.009	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 2	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti in Ps alle ore 14.00 in almeno il 75 % delle rilevazioni giornaliere del mese	< = 20%	20	100%	20
A2.010	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	100%	20
A2.011	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 4	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	100%	20
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione sul PS di competenza	10	100%	10
IN.004	Collaborazione con l'Area medica nella riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
IN.005	Collaborazione con l'Area medica per la riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04328103 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H3

Responsabile: DOTT. ANTONIO FILIPPO ROMANELLI

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.008	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	20	100%	20
A2.009	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 2	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti in Ps alle ore 14.00 in almeno il 75 % delle rilevazioni giornaliere del mese	< = 20%	20	92%	18.4
A2.010	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	85%	17
A2.011	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 4	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	60%	12
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione sul PS di competenza	10	100%	10
IN.004	Collaborazione con l'Area medica nella riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
IN.005	Collaborazione con l'Area medica per la riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 77.4**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04328104 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H4

Responsabile: **DOTT.SSA SIMONA CURTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.008	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	20	95%	19
A2.009	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 2	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti in Ps alle ore 14.00 in almeno il 75 % delle rilevazioni giornaliere del mese	< = 20%	20	67%	13.4
A2.010	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	75%	15
A2.011	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 4	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza > di 24 ore (escluso Obi)	< = 20%	20	22%	4.4
A2.013	Piano per il sovraffollamento PS/DEA - Del.163/2015	Attuazione delle modalità operative	Relazione sul PS di competenza	10	100%	10
IN.004	Collaborazione con l'Area medica nella riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
IN.005	Collaborazione con l'Area medica per la riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 61.8**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328105 UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H1**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA PAOLA MANNI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	60	100%	60
A2.029	Promozione e controllo del dolore nel presidio ospedaliero nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	Verifica all'interno del Polo dell'applicazione delle attività per la prevenzione e controllo del dolore nei pazienti post chirurgici	Relazione	30	100%	30
A3.011	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria attivate secondo programma stabilito	tasso di utilizzo al 90% con riserve adeguate di personale medico e non medico	Relazione (dati Soweb)	5	100%	5
IN.003	Facilitazione supporto anestesilogico all'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento degli standard concordati dall'Area Chirurgica con la Direzione Sanitaria Aziendale considerando la disponibilità dei blocchi operatori e dei servizi di anestesia	Relazione	5	100%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328106 UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H2**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI LAPI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	60	100%	60
A2.029	Promozione e controllo del dolore nel presidio ospedaliero nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	Verifica all'interno del Polo dell'applicazione delle attività per la prevenzione e controllo del dolore nei pazienti post chirurgici	Relazione	30	100%	30
A3.011	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria attivate secondo programma stabilito	tasso di utilizzo al 90% con riserve adeguate di personale medico e non medico	Relazione (dati Soweb)	5	100%	5
IN.003	Facilitazione supporto anestesilogico all'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento degli standard concordati dall'Area Chirurgica con la Direzione Sanitaria Aziendale considerando la disponibilità dei blocchi operatori e dei servizi di anestesia	Relazione	5	100%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328107 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO CAPOGROSSI**

**DOTT. CLAUDIO CIARLA**

1 gen 2016

11 set 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	50	100%	50
A2.014	Ottimizzazione del supporto di letti intensivi a servizio della Chirurgia	Almeno due letti di TIPO riservati per il 70% al paziente post-operatorio delle Chirurgie Aziendali	Relazione	10	50%	5
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	20	100%	20
A3.011	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria attivate secondo programma stabilito	tasso di utilizzo al 90% con riserve adeguate di personale medico e non medico	Relazione (dati Soweb)	10	100%	10
IN.003	Facilitazione supporto anestesiológico all'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento degli standard concordati dall'Area Chirurgica con la Direzione Sanitaria Aziendale considerando la disponibilità dei blocchi operatori e dei servizi di anestesia	Relazione	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 95**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328108 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. ANDREA PINTO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	50	100%	50
A2.014	Ottimizzazione del supporto di letti intensivi a servizio della Chirurgia	Almeno 1 letto di TIPO riservati per il 70% al paziente post-operatorio delle Chirurgie Aziendali	Relazione	10	100%	10
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	20	100%	20
A3.011	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria attivate secondo programma stabilito	tasso di utilizzo al 90% con riserve adeguate di personale medico e non medico	Relazione (dati Soweb)	10	100%	10
IN.003	Facilitazione supporto anestesiológico all'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento degli standard concordati dall'Area Chirurgica con la Direzione Sanitaria Aziendale considerando la disponibilità dei blocchi operatori e dei servizi di anestesia	Relazione	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328109** **UOSD Terapia Intensiva Polo H2**

Responsabile: **DOTT. PIERMARIA ORTIS**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.014	Ottimizzazione del supporto di letti intensivi a servizio della Chirurgia	Relazione	Relazione	70	100%	70
A2.015	Prevenzione e controllo del dolore	Verifica all'interno del polo dell'applicazione delle attività per la prevenzione e controllo del dolore	Relazione	30	100%	30
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328110 UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Genzano**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA ADDOLORATA BERNARDO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	60	100%	60
A2.016	Partoanalgesia	Verifica per attivazione sistematica di partoanalgesia	Verifica del progetto	30	100%	30
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	5	100%	5
A6.005	Facilitazione supporto attività donazione organi e tessuti	Verifica supporto sistematico nei diversi Poli	Relazione	5	100%	5
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04328111** **UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Marino**

Responsabile: **DOTT.SSA ANGELA D'AGOSTO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.021	Utilizzo Check list Sala Operatoria	Verifica dell'utilizzo della Check list per la sicurezza in sala operatoria	Relazione	60	100%	60
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	5	100%	5
A3.011	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria (dalle ore 8.30)	tasso di utilizzo al 90%	Relazione	20	100%	20
IN.003	Facilitazione supporto anestesilogico all'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento degli standard concordati dall'Area Chirurgica con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO** **100**

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016**
**0435**
**DIPARTIMENTO AREA MEDICA**

 Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	3	50%	1.5
A1.006	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Sartani)	Proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-I e Sartani)	Mantenimento risultato 26%	5	100%	5
A1.007	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	2	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.008	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	3	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.023	Protocollo per eliminare la ripetizione esami	Definizione di un Protocollo condiviso tra Dip. Servizi Diagnostici/Dip. Area Medica/Dip. Area Chirurgica per eliminare la ripetizione di esami di laboratorio in seguito alla presa in carico e/o trasferimento del paziente	Protocollo Condiviso	20	100%	20
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	2	21%	0.42
A2.012	Miglioramento della gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e riduzione delle ospedalizzazioni evitabili	Protocollo condiviso tra Dipartimento Area medica e Dipartimento del territorio	Protocollo condiviso	20	50%	10
IN.006	Collaborazione interdisciplinare nell'attivazione dei Pdta Diabete e Bpc	Adesione alle Linee Guida regionali previste nel Dca 474/2015	Attivazione percorso PDTA	20	100%	20
IN.007	Collaborazione nell'attivazione del PDTA Scompenso cardiaco	Adesione alle Linee Guida regionali previste nel Dca 474/2015	Attivazione percorso PDTA	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 81.92**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04350100** **UOSD Allergologia Pediatrica**

Responsabile: **DOTT. MAURO PERSIANI**  
1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.017	Attività aziendali	Creazione di linee di attività aziendali in tema di allergologia pediatrica	Progetto	60	0%	0
E1.012	Attività informativa	Attività informativa sul territorio sull'allergologia in età pediatrica	Progetto	40	0%	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>0</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04350801 UOC CARDIOLOGIA - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI SARLI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.006	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Sartani)	Proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-I e Sartani)	Mantenimento risultato 26%	40	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	20	100%	20
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	65%	6.5
IN.007	Collaborazione nell'attivazione del PDTA Scopenso cardiaco	Partecipazione ad incontro dedicato alla attivazione del PDTA Scopenso cardiaco	80%	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 56.5**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04350802 UOC CARDIOLOGIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	40	100%	40
A1.006	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Sartani)	Proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-I e Sartani)	Mantenimento risultato 26%	3	100%	3
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	30	100%	30
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	2	0%	0
IN.007	Collaborazione nell'attivazione del PDTA Scopenso cardiaco	Partecipazione ad incontri dedicati alla attivazione del PDTA Scopenso cardiaco	80%	25	100%	25
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>98</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04350803 UOC CARDIOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. RENATO ANASTASI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	25	0%	0
A1.006	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Sartani)	Proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-I e Sartani)	Mantenimento risultato 26%	30	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	0%	0
A3.017	Attivazione agenda ambulatoriale NAO	Agenda ambulatorio terapia NAO	80% degli appuntamenti evasi in agenda sulla totalità degli appuntamenti disponibili	25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 35**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04350804 UOC CARDIOLOGIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. NATALE DI BELARDINO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	25	0%	0
A1.006	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Sartani)	Proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-I e Sartani)	Mantenimento risultato 26%	30	100%	30
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	0%	0
IN.007	Collaborazione nell'attivazione del PDTA Scopenso cardiaco	Partecipazione ad incontro dedicato alla attivazione del PDTA Scopenso cardiaco	80%	25	100%	25
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>65</b>

**A2.004: Opportuno cambiare giorno di fine settimana per le dimissioni (dalla Domenica al Sabato), in quanto la Domenica c'è un solo medico e la farmacia è chiusa**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04351600 UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE

Responsabile: DOTT. GIUSEPPE PAJES  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.018	Attivazione PAC	Attivazione di un PAC Specifico per disciplina	Verifica Attivazione	30	100%	30
A2.030	Attivazione protocolli di gestione post procedura endoscopica operatoria	Attivazione procedure	Verifica attivazione	40	100%	40
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	20	100%	20
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	20%	10	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04352601 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. RICCARDO GUARISCO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	15	32%	4.8
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.007	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.008	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	90%	9
IN.006	Collaborazione interdisciplinare nell'attivazione dei Pdta Diabete e Bpco	Adesione alle Linee Guida regionali previste nel Dca 474/2015	Attivazione percorso PDTA	35	100%	35

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 68.8**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04352602 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ROBERTO CASTELLACCI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	15	62%	9.3
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.007	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.008	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	0%	0
IN.006	Collaborazione interdisciplinare nell'attivazione dei Pdta Diabete e Bpco	Partecipazione ad incontri dedicati all'attivazione dei Pdta Diabete e Bpco	80%	35	100%	35

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 64.3**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04352603 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. ORLANDO DELL'UNTO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	15	0%	0
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.007	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.008	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	0%	0
IN.006	Collaborazione interdisciplinare nell'attivazione dei Pdta Diabete e Bpco	Adesione alle Linee Guida regionali previste nel Dca 474/2015	Attivazione percorso PDTA	35	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 10**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04352604 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA STEFANIA CASALDI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.036	Adesione al percorso post-acuzie	Incremento % dei pazienti trasferiti nelle strutture post acuzie rispetto al 2015	10%	15	0%	0
A1.003	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - Area Medica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure	Attivazione nella struttura	10	0%	0
A1.007	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Diabete mellito)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici	= < 75	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.008	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	10	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	67%	6.7
IN.006	Collaborazione interdisciplinare nell'attivazione dei Pdta Diabete e Bpco	Adesione alle Linee Guida regionali previste nel Dca 474/2015	Attivazione percorso PDTA	35	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 16.7**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04352900 UOC NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDALE PO H2-H4**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA TERESA FERRAZZANO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	10%	1	0%	0
A3.012	Sedute Dialitiche	Saturazione delle sedute dialitiche al 80% (solo per il Polo H2)	Relazione alla Direzione Sanitaria di Polo	13	100%	13
A3.014	Incremento % accessi vascolari	Incremento % rispetto al 2015 per il Polo H4		33	100%	33
A3.015	Incremento avvio dialisi programmata rispetto all'urgenza dei pazienti seguiti in ambulatorio pre-dialisi	Incremento % rispetto al 2015	10%	20	100%	20
A3.016	Incremento inserimento e mantenimento in lista trapianto	Incremento % rispetto al 2015	20%	33	100%	33

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04353902 UOC PEDIATRIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. SAVERIO AQUILI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.035	Integrazione pediatri ospedalieri e del territorio	Incontri trimestrali con i pediatri di famiglia	75% degli incontri programmati	30	100%	30
A1.022	Contenimento ricoveri ripetuti	Rapporto percentuale dei ricoveri ripetuti 2016 su 2015	<=95	35	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni	-10%	20	0%	0
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	20%	5	0%	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>40</b>

**OB. A1.022 E A2.004: Obiettivi poco realizzabili nella realtà del territorio - a1.022 in quanto i ricoveri sono praticati soprattutto nei giorni prefestivi e festivi quando non è presente il PLS e i servizi di supporto ospedalieri non sono attivi (ambulatori DH). i ricoverati del sabato e della domenica sono diversi nei giorni successivi, in quanto sabato mattina si liberano i posti per l'afflusso festivo (A2.004)**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04353903 UOSD Pediatria Polo H3**

Responsabile: **DOTT. PATRIZIO PULICATI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.035	Integrazione pediatri ospedalieri e del territorio	Incontri trimestrali con i pediatri di famiglia	75% degli incontri programmati	30	100%	30
A1.022	Contenimento ricoveri ripetuti	Rapporto percentuale dei ricoveri ripetuti 2016 su 2015	<=95	35	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	20	14%	2.8
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	20%	5	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 42.8**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04353904 UOC PEDIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. MAURO PERSIANI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.035	Integrazione pediatri ospedalieri e del territorio	Incontri trimestrali con i pediatri di famiglia	75% degli incontri programmati	30	100%	30
A1.022	Contenimento ricoveri ripetuti	Rapporto percentuale dei ricoveri ripetuti 2016 su 2015	<=95	35	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni	-10%	20	0%	0
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	20%	5	0%	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>40</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04355200 UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO ZAMPETTI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	60	100%	60
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	20%	40	28%	11.2

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 71.2**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04355600 UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE

Responsabile: **DOTT. DANIELE MARTINI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.031	Istituzione ambulatorio Sindrome Post Polio (in modalità Recup)	Numero prestazioni erogate nel 2016		10	100%	10
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	30	0%	0
A3.018	Mantenimento attuale standard prestazioni DH	Mantenimento prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015		60	100%	60

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 70**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04356400 UOC ONCOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MARIO BARDUAGNI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.032	Chiusura cartelle cliniche entro 15gg dall'ultimo accesso	Proporzione delle cartelle cliniche chiuse entro i termini previsti	80%	35	100%	35
AZ.033	Qualità della compilazione della cartella clinica e corretta produzione della documentazione da check-list aziendale	Proporzione delle cartelle cliniche conformi alla check list	90%	35	100%	35
A2.018	Attivazione PAC	Attivazione di un PAC Specifico per disciplina	Verifica Attivazione	20	100%	20
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04356800 UOC MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. FILIPPO DE PADOVA**  
 1 gen 2016 31 mar 2016

**DOTT. MASSIMO MARIA BARBIERI**  
 1 apr 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.008	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Broncopneumopatia)	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronico ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO	= < 14	100	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>0</b>



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

0440

### DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**

15 mar 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario	>=40%	15	100%	15
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	H1 >=60 H2 >=60 H3 >=80 H4 >=70	10	100%	10
A1.009	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=20	10	0%	0
A1.010	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Tonsillectomia)	Ospedalizzazione per tonsillectomia	<= 2,4	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.015	Ricoveri DRG chirurgico	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (per osp. a gestione diretta)	>= 42%	5	100%	5
A1.016	Ricoveri DRG ad alto rischio di Inappropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (per osp. a gestione diretta)	<= 0,29	5	100%	5
A1.023	Protocollo per eliminare la ripetizione esami	Definizione di un Protocollo condiviso tra Dip. Servizi Diagnostici/Dip. Area Medica/Dip.Area Chirurgica per eliminare la ripetizione di esami di laboratorio in seguito alla presa in carico e/o trasferimento del paziente	Protocollo Condiviso	5	0%	0
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	5	79%	3.95
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	5	50%	2.5
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	45%	4.5
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	10	62%	6.2

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**0440**

**DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA**

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**

15 mar 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>67.15</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04400005 UOSD Breast Unit - PO Marino**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI PAGANO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.019	Organizzazione attività di Senologia (Cfr.Disposizioni regionali)	Accorpamento presso il presidio di Albano e Marino di tutte le attività di Senologia	Relazione	5	100%	5
A2.020	Posti letto	Attribuzione di letti dedicati presso il Presidio di Albano	Relazione	10	100%	10
A2.021	Collaborazione UOSD Breast Unit/UOSD Medicina Nucleare	Collaborazione tra le UOSD per indagini ed interventi sequenziali	Relazione	30	100%	30
A2.022	Chirurgia senologica	Creazione di un gruppo chirurgico aziendale	Relazione	5	100%	5
B1.023	Collaborazione con Gruppo Screening	Raccordo con l'attività di Screening sul territorio	Relazione	30	100%	30
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	20	77%	15.4
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>95.4</b>

**A2.019:** indispensabile acquisizione mezzi dedicati (personale, supporti informatici, tempo operatorio).

**A2.020:** posti letto individuati quantitativamente, necessità di porli in rapporto ai tempi operatori dedicati (linfoscintigrafia effettuata lunedì e giovedì: necessità di sedute operatorie dedicate martedì e venerdì)

**A2.022:** formalizzare a livello aziendale il tempo dedicato alla chirurgia senologica da parte dei chirurghi del gruppo (alcuni chirurghi interessati sono stati individuati e contattati).

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04400901 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. ALFONSO LISI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	20	100%	20
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore/uguale a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=60	30	100%	30
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	35	50%	17.5
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	5	100%	5
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	5	0% (Nessun riscontro)	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 77.5**

**IN SEDE DI NEGOZIAZIONE:**

**A1.002:** Rischio di 'tappo' per scarsità S.O. perchè se viene pesato il n. interventi il peso deve essere basso.

**A1.005:** scrivere inferiore/uguale nella verifica dell'obiettivo

**A2.006:** se non si eliminano i ricoveri impropri e ricoveri in barella è difficilmente raggiungibile

**IN.001:** correlato a A1.002 e A2.006

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04400902 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ALESSANDRO CEFARO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	10	100%	10
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=60	35	100%	35
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	40	93%	37.2
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	5	0%	0
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	5	100%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 87.2**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04400903 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. CLAUDIO MASCETTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	20	100%	20
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=80	20	100%	20
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	40	100%	40
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	100%	10
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	5	89%	4.45
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>94.45</b>

**A2.001:** Il peso di un obiettivo raggiunto non può essere lo stesso se non viene rapportato alle effettive risorse disponibili in termini di sedute operatorie e n° di chirurghi. Per cui viste le ns risorse considero ragionevole aumentare il peso di questo obiettivo perchè raggiunto con risorse ridotte.

**A2.004 e A2.006:** obiettivi raggiungibili solo nel momento in cui verrà disgiunto il percorso dei ricoveri, in elezione da quelli di urgenza (vedi week)

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04400904 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. CARLO CASCONI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.002	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera -Area Chirurgica	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long.	Attivazione nella struttura	50	100%	50
A1.005	Degenza post operatoria colecistectomie laparoscopiche entro 3 gg	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche	>=70	25	100%	25
A2.001	Volume di attività medico-chirurgica interventi di colecistectomia laparoscopica	Numero di interventi	> = 100	10	72%	7.2
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	100%	5
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	5	100%	5
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	5	84%	4.2
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>96.4</b>

I limiti di orario imposti dalle nuove norme europee, la non adeguata retribuzione dello straordinario, la presenza di 2 chirurghi in rapporto extramoenia rende difficile il raggiungimento degli obiettivi visto anche che i medici della Uoc di Chirurgia hanno il carico della guardia (reperibilità H/24)

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04401403 UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE LUCCHETTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	20	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	40	0%	0
A3.010	Incremento prestazioni SIAS	Aumento percentuale delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015	20%	20	0%	0
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	20	76%	15.2

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 15.2**

**A2.004:** Difficilmente raggiungibile in quanto influenzato del giorno di seduta operatoria. La Chirurgia Vascolare operando il venerdì può dimettere difficilmente i pazienti la Domenica, considerando anche le gravi patologie trattate.  
**A2.006:** Difficilmente raggiungibile se non si definisce una nuova procedura per i ricoveri programmati. L'attuale sistema del 50% impedisce la dimissione del singolo paziente e tende a prolungare la degenza per dimettere almeno 2 persone; inoltre non essendo possibile programmare i ricoveri rispetto alla sala operatoria siamo costretti a ricoverare i pazienti con anticipo per essere certi di poterli operare.  
**A3.001:** obiettivo raggiungibile con estrema difficoltà visto l'esiguo organico (1 Direttore e 2 Chirurghi vascolari) e la imponente mole di lavoro per le consulenze interne, i controllo post-operatori e l'attività chirurgica considerando che la UOC di Chir.Vascolare è unica nella Asl Roma 6.



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403400** **UOSD Oculistica**

Responsabile: **DOTT. ADRIANO CARLO LONGOBARDI**  
1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.023	Incremento APA/PAC	Incremento APA /PAC con terapia intravitreale	Relazione	70	100%	70
B2.014	Attività sul territorio	Formulazione di una proposta di riassetto delle attività specialistiche sul territorio in relazione alle esigenze emergenti	Progetto	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403500** **UOSD Odontostomatologia**

Responsabile: **DOTT. ALBERTO MAGISTRI**  
1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.024	Linee cliniche	Proposta di sviluppo di linee cliniche di super specialità odontoiatriche	Progetto	50	100%	50
B2.014	Attività sul territorio	Formulazione di una proposta di riassetto delle attività specialistiche sul territorio in relazione alle esigenze emergenti	Progetto	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403601 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. FABRIZIO SALIMEI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	>=40%	20	100%	20
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =5 giorni	20	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	15%	40	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-8%	10	0%	0
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	10	52%	5.2

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 25.2**

**IN SEDE DI NEGOZIAZIONE:**

**A1.004, A2.002, A2.006 =** Riduzione del valore traguardo del 20% per le inferiori risorse mediche e infermieristiche in organico e per assenza nel P.O. di struttura TIPO, determinante il trasferimento dei pazienti

**A1.004:** Sistemático mancato rispetto da parte del P.S. del PDTA regionale del 2012

**IN.001:** riduzione del 50% del valore traguardo per mancata riapertura del DH nel P.O. di Frascati, necessaria per espletare tutti gli interventi che, per impossibilità tecniche, non sono espletabili presso il DH Multidisciplinare del P.O. di Marino

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04403602 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H2

Responsabile: **DOTT. GUIDO MARINELLI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario	>=40%	50	100%	50
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	15	100%	15
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	5	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	0%	0
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	20	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 65**

**A2.004:** Dal novembre 2015 il servizio festivo è garantito in pronta disponibilità e non più con la presenza in guardia attiva.

**A2.006:** Dal 1 gennaio 2016 le sedute operatorie sono effettivamente su singola sala e non più su doppia sala come avveniva negli anni precedenti.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403603 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	>=40%	50	100%	50
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	10	100%	10
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	41%	4.1
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	20	0% (Nessun riscontro)	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 64.1**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403604 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. PAOLO ZAVATTINI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.004	Riduzione degenza pre operatoria frattura del collo del femore per pazienti over 65	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	>=40%	50	95%	47.5
A2.002	Riduzione degenza pre - operatoria frattura della tibia e/o perone	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone	< =4 giorni	10	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	100%	10
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	15	54%	8.1
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	15	100%	15
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>80.6</b>

**OB. IN.001: per raggiungere lo standard concordato è indispensabile poter gestire nella UOC direttamente 4 letti e quindi programmare i ricoveri su questi letti per l'elezione, questi letti non devono essere a disposizione del P.S. Senza questa possibilità non si potrà raggiungere lo standard**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04403702 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H2

Responsabile: **DOTT. PIERANGELO CELLITI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.009	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=20	5	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	10	95%	9.5
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	5	30%	1.5
A2.007	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	Numero di audlt effettuati su TC in parti a basso rischio	Almeno 1 audit al mese	70	100%	70
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 91.0**

Le dimissioni delle puerpere sono vincolate a quelle del neonato che, se non dimesso dal nido, trattiene la madre pur dimissibile in regime di ricovero.  
L'attività chirurgica risentirà della dotazione di organico attualmente in forte criticità.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04403703 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H3

Responsabile: **DOTT. ANTONIO BERTOLDI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.009	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=20	10	0%	0
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	20	100%	20
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	30	42%	12.6
A2.007	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	Numero di audit effettuati su TC in parti a basso rischio	Almeno 1 audit al mese	30	100%	30
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 72.6**

**A1.009:** Nella struttura si è fatto molto negli ultimi anni per ridurre l'incidenza dei tagli cesarei primari. L'offerta della portoanestesia oltre che di un percorso di nascita ben definito ci potrebbero aiutare ad abbassare i tassi ulteriormente.  
**A2.004:** la ns seduta operatoria cade di giovedì e non tutti gli interventi per diverse tipologia e complessità, possono avere dimissioni in terza giornata. Sia i Tc che i parti spontanei vengono dimessi in terza giornata salvo problemi neonatologici. Resta il fatto che i parti non sono programmabili per fare più dimissioni la domenica.  
**A2.006:** Continueremo il ns impegno allo scopo



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403704 UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H 4**

Responsabile: **DOTT. MASSIMO PETRIGLIA**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.009	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=20	15	100%	15
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	30	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	10	33%	3.3
A2.007	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	Numero di audit effettuati su TC in parti a basso rischio	Almeno 1 audit al mese	30	100%	30
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	15	63%	9.45

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 57.75**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403801 UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3**

Responsabile: **DOTT.SSA TIZIANA CIARLA**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.010	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Tonsillectomia)	Ospedalizzazione per tonsillectomia	<= 2,4	5	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.011	Esito e qualità delle cure: Predisposizione ed organizzazione della funzione di controllo e di rispetto del volume dei controlli programmati e della tempistica di trasmissione	n. cartelle verificate/n. cartelle totale > 12,5%	100%	70	100%	70
A1.015	Ricoveri DRG chirurgico	Interventi di settoplastica (cod.2188) in regime di DS eseguiti nel 4°trim 2016/interventi di settoplastica eseguiti nello stesso periodo in regime di ricovero ordinario	?	20	100%	20
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	5	100%	5
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>95</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04403804 UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI LENCI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.010	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza (Tonsillectomia)	Ospedalizzazione per tonsillectomia	<= 2,4	30	IN ATTESA DEL DATO PREVALE AZIENDALE	0
A1.011	Esito e qualità delle cure: Predisposizione ed organizzazione della funzione di controllo e di rispetto del volume dei controlli programmati e della tempistica di trasmissione	n. cartelle verificate/n. cartelle totale > 12,5%	100%	40	100%	40
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	20	100%	20
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	10	100%	10
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>70</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04404301 UOSD Urologia Polo H1**

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**  
 29 apr 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	45	100%	45
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	20	53%	10.6
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	15	100%	15
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	20	0% (Nessun riscontro)	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 70.6**

Tali obiettivi risultano raggiungibili solo con le risorse attualmente a disposizione della UOC di Urologia Polo H1.

La riduzione della degenza media totale (A2.006) è fattibile solo per i ricoveri ordinari programmati. Per i ricoveri urgenti eseguiti da P.S. i giorni di degenza dipendono da vari fattori, tra cui la % di ricoveri impropri e le comorbidità che i pazienti presentano al momento del ricovero, fattori che spesso non permettono una dimissione in tempi brevi. Se invece la riduzione della degenza media deve ritenersi un valore globale, questa non può avere come traguardo un valore maggiore di 5%.

Il traguardo dell'Ob. A3.005 appare troppo alto, visto che gli ambulatori urologici della UOC di Urologia del Polo H1 sono quasi totalmente prenotabili da RECUP, e che le prestazioni non prenotabili sono pressochè un'esclusiva dei pazienti che eseguono visite di controllo post-operatoria e post-ricovero e pac per terapia oncologica.

Per quanto riguarda l'ob. A2.004 si segnala l'impossibilità, in caso di dimissione domenicale, di redigere la prescrizione dei farmaci, per la terapia domiciliare, sul modello DIF016 poichè la Farmacia Ospedaliera è chiusa nei giorni festivi

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04404303 UOC UROLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. GIORGIO CORSETTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.004	Incremento delle dimissioni la domenica	Incremento % rispetto al 2015 delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì	20%	25	0%	0
A2.006	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2015	-10%	30	22%	6.6
A3.005	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel 2016	>=70%	20	100%	20
IN.001	Attività Chirurgica in elezione	Raggiungere lo standard concordato con la Direzione Sanitaria Aziendale	Standard concordato	25	5%	1.25
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>27.85</b>

L'obiettivo A2.004 è difficilmente raggiungibile stante le attuali ridotte possibilità di utilizzo dei posti letto per precoce occupazione degli stessi dal P.S. che non effettua ricoveri ordinari nei giorni festivi. Altra criticità è che le sedute operatorie sono infrasettimanali (merc/ven) e non all'inizio, per cui le dimissioni di Domenica potrebbero non avvenire in sicurezza. Anche gli obiettivi A2.006 e IN.001 potrebbero non essere raggiunti: diagnostica con Tc obsoleta e spesso in manutenzione; spazi in sala operatoria non adeguati.

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**0446**

### DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E FARMACEUTICI

Responsabile: **DOTT. ANTONIO CELIBERTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.023	Protocollo per eliminare la ripetizione esami	Definizione di un Protocollo condiviso tra Dip. Servizi Diagnostici/Dip. Area Medica/Dip.Area Chirurgica per eliminare la ripetizione di esami di laboratorio in seguito alla presa in carico e/o trasferimento del paziente	Protocollo Condiviso	40	100%	40
A1.026	Appropriatezza prescrittiva malattie infettive	Introduzione nuove metodologie in relazione alle linee guida che favoriscono una diagnosi precoce di malattie altamente infettive (TBC...)	Relazione	10	100%	10
A2.026	Diagnostica con contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	10	100%	10
A2.027	Diagnostica senza contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	10	100%	10
A2.028	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN a pazienti ricoverati nelle 24/48 ore	90%	10	100%	10
B2.005	Specialistica Ambulatoriale RMN	N. prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	> 5,1	10	0%	0
C1.002	Spesa farmaceutica ospedaliera	Scostamento < = 0,5% del tetto di spesa su base regionale (3,5%)	< = 0,5%	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04460001 UOC PATOLOGIA CLINICA POLO H1-H2-H3**

Responsabile: **DOTT. ANTONIO CELIBERTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.023	Protocollo per eliminare la ripetizione esami	Definizione di un Protocollo condiviso tra Dip. Servizi Diagnostici/Dip. Area Medica/Dip.Area Chirurgica per eliminare la ripetizione di esami di laboratorio in seguito alla presa in carico e/o trasferimento del paziente	Protocollo Condiviso	70	100%	70
A1.026	Appropriatezza prescrittiva malattie infettive	Introduzione nuove metodologie in relazione alle linee guida che favoriscono una diagnosi precoce di malattie altamente infettive (TBC...)	Relazione	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04460004 UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.023	Protocollo per eliminare la ripetizione esami	Definizione di un Protocollo condiviso tra Dip. Servizi Diagnostici/Dip. Area Medica/Dip.Area Chirurgica per eliminare la ripetizione di esami di laboratorio in seguito alla presa in carico e/o trasferimento del paziente	Protocollo Condiviso	70	100%	70
A1.026	Appropriatezza prescrittiva malattie infettive	Introduzione nuove metodologie in relazione alle linee guida che favoriscono una diagnosi precoce di malattie altamente infettive (TBC...)	Relazione	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04460010** **Uosd Senologia - PO Marino**

Responsabile: **DOTT.SSA LINDA MARIA FABI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A3.013	Prestazioni senologia clinica	Mantenimento delle prestazioni di Senologia clinica (diagnostica senologica clinica) erogate nel 2015	2016=2015	20	100%	20
B1.001	Screening area oncologica (MAMMELLA) - Inviti	Aumento attività di screening mammella	90%	15	95%	14.25
B1.002	Screening area oncologica (MAMMELLA) - Adesioni	Raggiungimento standard di adesione	50%	30	80%	24
B1.004	Capacità di identificazione precoce dei tumori della mammella	Proporzione di cancri screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza* Numero dei cancri invasivi screen - detected/numero di tutti i cancri screen detected * 100	<= 25%	20	100%	20
B1.024	Piano di intervento straordinario per la Governance delle attività di Screening	Attuazione dei Piani operativi del Piano di intervento straordinario	Relazione	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 93.25**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04460011** **UOSD Patologia Clinica Ospedale Genzano**

Responsabile: **DOTT. GIANNI LOVATO**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A1.023	Protocollo per eliminare la ripetizione esami	Definizione di un Protocollo condiviso tra Dip. Servizi Diagnostici/Dip. Area Medica/Dip.Area Chirurgica per eliminare la ripetizione di esami di laboratorio in seguito alla presa in carico e/o trasferimento del paziente	Protocollo Condiviso	70	100%	70
A1.026	Appropriatezza prescrittiva malattie infettive	Introduzione nuove metodologie in relazione alle linee guida che favoriscono una diagnosi precoce di malattie altamente infettive (TBC...)	Relazione	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

### 04460300 UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE

Responsabile: **DOTT.SSA PATRIZIA RIGATO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
B1.001	Screening area oncologica (COLON RETTO) - Inviti	Aumento attività di screening colon retto	90%	20	90%	18
B1.002	Screening area oncologica (COLON RETTO) - Adesioni	Raggiungimento standard di adesione	45%	20	82%	16.4
B1.024	Piano di intervento straordinario per la Governance delle attività di Screening	Attuazione dei Piani operativi del Piano di intervento straordinario	Relazione	60	100%	60

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 94.4**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04461800 UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE**

Responsabile: **DOTT. LUCA ALDEGHERI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A6.001	Incremento del numero delle donazioni di sangue	incremento donazioni di almeno il 5 % anno rispetto alla media del periodo 2014/2015	0,05	40	100%	40
A6.002	Incremento del numero delle donazioni di sangue	almeno 4 riunioni/anno finalizzate alla stesura di interventi di miglioramento dell'uso del sangue	4 riunioni	40	100%	40
C2.007	Verifica e proposta di un piano di adeguamento dei centri trasfusionali ai requisiti minimi previsti dall'accordo Stato-Regioni del 16/12/2010	Relazione degli aggiornamenti rispetto il Piano di Adeguamento	Documento	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04466101** **UOSD Medicina Nucleare**

Responsabile: **DOTT. NICOLA SAMUELE TIBERIO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.021	Collaborazione UOSD Breast Unit/UOSD Medicina Nucleare	Collaborazione tra le UOSD per indagini ed interventi sequenziali	Relazione	70	100%	70
A2.025	Ottimizzazione dei percorsi diagnostici con specialisti dell'Azienda	Formulazione di un percorso diagnostico condiviso	Relazione	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04466901 UOSD Radiodiagnostica Polo H1**

Responsabile: **DOTT. GUIDO MASTROPASQUA**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.026	Diagnostica con contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.027	Diagnostica senza contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.028	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN a pazienti ricoverati nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04466902 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ALESSANDRO BLASI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.026	Diagnostica con contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.027	Diagnostica senza contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.028	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN a pazienti ricoverati nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04466903 UOSD Radiodiagnostica POLO H3**

Responsabile: **DOTT. MARCO CABONI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.026	Diagnostica con contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.027	Diagnostica senza contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.028	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN a pazienti ricoverati nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04466904 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4**

Responsabile: **DOTT. ALESSANDRO BLASI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
A2.026	Diagnostica con contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.027	Diagnostica senza contrasto sui pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione dell'esame nel 90 % dei casi	90%	40	100%	40
A2.028	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN a pazienti ricoverati nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04469300 UOC GOVERNO FARMACEUTICO OSPEDALIERO AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT.SSA ANNABELLA BONADONNA**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.014	Procedura inserimento ordini e D.D.T.	Riduzione scostamento tra la fase di ricevimento merce e il caricamento del D.D.T.	<= 7gg per i beni a magazzino ; <= 14gg per i beni in transito	75	100%	75
C1.002	Spesa farmaceutica ospedaliera	Scostamento < = 0,5% del tetto di spesa su base regionale (3,5%)	< = 0,5%	15	100%	15
IN.002	Collaborazione per raggiungimento obiettivo A2.004- Incremento delle dimissioni la domenica	Supporto ai Dipartimenti di Area Medica e Chirurgica per il raggiungimento dell'obiettivo	Relazione	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04469301 UOSD Farmacia Polo H1**

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSANDRA ARMATI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.014	Procedura inserimento ordini e D.D.T.	Riduzione scostamento tra la fase di ricevimento merce e il caricamento del D.D.T.	<= 7gg per i beni a magazzino ; <= 14gg per i beni in transito	75	100%	75
C1.002	Spesa farmaceutica ospedaliera	Scostamento < = 0,5% del tetto di spesa su base regionale (3,5%)	< = 0,5%	15	100%	15
IN.002	Collaborazione per raggiungimento obiettivo A2.004- Incremento delle dimissioni la domenica	Supporto ai Dipartimenti di Area Medica e Chirurgica per il raggiungimento dell'obiettivo	Relazione	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04469303** **UOSD Farmacia Polo H3**

Responsabile: **DOTT.SSA GIUSEPPA MARCHETTI**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.014	Procedura inserimento ordini e D.D.T.	Riduzione scostamento tra la fase di ricevimento merce e il caricamento del D.D.T.	<= 7gg per i beni a magazzino ; <= 14gg per i beni in transito	75	100%	75
C1.002	Spesa farmaceutica ospedaliera	Scostamento < = 0,5% del tetto di spesa su base regionale (3,5%)	< = 0,5%	15	100%	15
IN.002	Collaborazione per raggiungimento obiettivo A2.004- Incremento delle dimissioni la domenica	Supporto ai Dipartimenti di Area Medica e Chirurgica per il raggiungimento dell'obiettivo	Relazione	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04469304 UOSD Farmacia Polo H4**

Responsabile: **DOTT.SSA FRANCESCA MATTEO**

1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.014	Procedura inserimento ordini e D.D.T.	Riduzione scostamento tra la fase di ricevimento merce e il caricamento del D.D.T.	<= 7gg per i beni a magazzino ; <= 14gg per i beni in transito	75	100%	75
C1.002	Spesa farmaceutica ospedaliera	Scostamento < = 0,5% del tetto di spesa su base regionale (3,5%)	< = 0,5%	15	100%	15
IN.002	Collaborazione per raggiungimento obiettivo A2.004- Incremento delle dimissioni la domenica	Supporto ai Dipartimenti di Area Medica e Chirurgica per il raggiungimento dell'obiettivo	Relazione	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2016

**04469306** **UOSD Fisica Sanitaria**

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSIA MATTACCHIONI**  
 1 gen 2016

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AZ.021	Censimento apparati Rx	Creazione file xls che comprende identificazione univoca del tubo e caratteristiche tecniche	Realizzazione archivio completo di tutta la Asl Roma 6	50	100%	50
E1.013	Attività formativa relativa ai rischi fisici	Realizzazione di dispense, incontri frontali ed esercitazioni	Incontri su tutti i Poli e distribuzione delle dispense (relazioni)	50	100%	50
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>