

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01000010 UOC CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA

Responsabile: DOTT.SSA LORELLA MENGARELLI

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CDG_01A	Determinazione costi di produzione sostenuti per l'esercizio della Libera Professione Intramoenia (ALPI)	Costi aziendali per prestazioni di Attività Clinica	Determinazione dei costi standard	15	100%	15
CDG_01B	Determinazione costi di produzione sostenuti per l'esercizio della Libera Professione Intramoenia (ALPI)	Costi aziendali per prestazioni di Attività di Diagnostica Strumentale e per Immagini	Determinazione dei costi standard	15	100%	15
CDG_02A	Trascodifica dei Centri di Costo Aziendali in conformità con le Linee Guida Regionali	Partecipazione incontri per condivisione modello regionale CoAn	100%	15	100%	15
CDG_02B	Trascodifica dei Centri di Costo Aziendali in conformità con le Linee Guida Regionali	Trascodifica dei CdC Aziendali. Trascodifica Mappatura dei punti fisici aziendali di allocazione CdC	100%	35	100%	35
CDG_03A	Puntuale elaborazione dei prospetti richiesti dalla Regione - Co.An	GG. di Ritardo nella trasmissione dei dati in Regione	0 gg	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 0100020 UOC INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E WELFARE DI COMUNITA'

Responsabile: **DOTT. GIACOMO MENGHINI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
ISS_001	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
ISS_002	Implementazione Pua	Protocolli d'intesa con i comuni	Documento al 31/12	40	100%	40
ISS_003	Piano sociale	Stesura piano con descrizione priorità aziendale e attuazione	Documento entro 2017 e attuazione di una priorità aziendale entro il 31/12	30	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 70**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01000030 UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI

Responsabile: **DOTT.SSA CINZIA TORRI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
SIS_001	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	40	100%	40
SIS_002	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	Verifica dell'effettivo invio	15	100%	15
SIS_003	Implementazione Dwh per la Contabilità Analitica	Inserimento mensile sulla cartella condivisa con il Controllo di Gestione	Verifica dell'effettivo inserimento	45	100%	45

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01000040 UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Responsabile: **DOTT. SERGIO MANGILI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_002	Campagna di comunicazione Disdetta prestazioni sanitarie	Realizzazione di una campagna informativa per i cittadini in merito all'obbligo di comunicazione della disdetta per il recupero delle prestazioni sanitarie	Documento	20	100%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	20	96%	19.2
FOR_004	Promozione Corsi Paf che contengono riferimenti espliciti al rischio clinico, miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	Esecuzione corsi di formazione multi-professionali e multidisciplinari inerenti il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	Inserimento in percentuale non inferiore al 40% dei corsi erogati	40	100%	40
SIT_001	Restyling del Sito	Attivazione rete referenti aziendali Sto e implementazione pagine dedicate al Dip. del territorio e ai Presidi Ospedalieri	Incontri con referenti sito e creazione pagine dedicate	20	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 79.2**

**FOR\_001: Obiettivo sostituito con l'obiettivo SIT\_001 in fase di monitoraggio**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01000050 UOC INNOVAZIONE, SVILUPPO E ORGANIZZAZIONE

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO FERRANTE**  
 13 nov 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
SVI_005	Analisi del fabbisogno aziendale di prestazioni specialistiche ambulatoriali	Produzione documentale	100%	50	100%	50
SVI_006	Documento di programmazione per abbattimento delle liste di attesa	Produzione documentale	100%	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**010100001 Servizio Prevenzione e Protezione**

Responsabile: **DIR. GENERALE - PIERGIORGIO MOSCA**

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG4_002	Condivisione con la Direzione per gli adempimenti relativi all'obiettivo n.4 del DG "Contenimento spesa per beni e servizi"	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Abs	100%	80	100%	80
SPP_001	Analisi e Valutazione Rischi	Aggiornamento dell' Analisi e valutazione dei Rischi di almeno un dipartimento aziendale	Documento	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**010100020** **Coordinamento Ufficio Legale**

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

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CUL_001	Incremento dell'attività 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>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01010010 UOC RISK MANAGEMENT

Responsabile: **DOTT. VITTORIO AMEDEO CICOGNA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
RSK_001	Piano delle cadute dei pazienti nei reparti	Elaborazione e approvazione Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Elaborazione e approvazione entro il 17 Aprile 2017	25	100%	25
RSK_002	Piano delle cadute dei pazienti nei reparti	Monitoraggio dell'attuazione del Piano Prevenzione delle Cadute		25	100%	25
RSK_003	Diffusione della culture della sicurezza delle cure	Inserimento argomenti di prevenzione del rischio clinico nel 40% dei corsi erogati nell'ambito del Piano Aziendale di Formazione	Verifica inserimento	25	100%	25
RSK_004	Partecipazione regolare dei componenti della Uoc alle riunioni del CCICA aziendale, della CVS e ad attività regionali in tema di Risk Mangement	Verbali riunioni		25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01020010 UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO

Responsabile: ING. GIUSEPPE SERGIO SAJEVA

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	10	92%	9.2
DG5_002	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale	Adempimento	10	100%	10
PAT_001	Rispetto delle tempistiche tecniche connesse all gestione dei Lavori Pubblici (dalla programmazione al collaudo)	Rispetto delle tempistiche, secondo normative vigenti, in base alle priorità indicate dalla Direzione aziendale ed alle risorse assegnate	100%	15	100%	15
PAT_002	Assicurare attività di monitoraggio al Multiservizio Tecnologico scondo il Capitolato tecnico e le indicazioni della Centrale Acquisti regionale	Adozione ed applicazioni di un programma di verifica e controllo delle attività connesse al Multiservizio Tecnologico	Adempimento	20	100%	20
PAT_003	Predisposizione di un programma di adeguamento antincendio per le principali strutture aziendali secondo un ordine di priorità predefinito	Attivazione e predisposizione delle conseguenti attività	100%	20	100%	20
PAT_004	Implementazione ed alimentazione del Sistema Informatizzato per la gestione dell'aplatto delle pulizie e del multiservizio Tecnologico	Attivazione e predisposizione delle conseguenti attività	Adempimento	15	100%	15
PAT_005	Predisposizione ed attuazione di procedure per garantire l'adempimento degli obblighi informativi ai vari Enti richiedenti nei settori di competenza (appalti pubblici e gestione patrimonio immobiliare) anche attraverso l'uso di sistemi informatizzati	Assicurare gli adempimenti di competenza	100%	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99.2**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01020020 UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

Responsabile: **DOTT.SSA DANIELA PACIONI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	40	99%	39.6
DG4_001	Contenimento spesa per beni e servizi	Rispetto delle tempistiche previste dal piano di gare	100%	40	100%	40
DG5_002	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale	Adempimento	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99.6**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01020030 UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
AAG_001	Contenzioso: Attivazione procedure per il recupero delle spese legali sui contenziosi vinti	N° posizioni Creditorie su contenziosi vinti 2017/N° contenziosi vinti 2017*100	90 %	20	100%	20
AAG_002	Nuovo Regolamento Accesso agli atti come sottolineato dalle Linee guida Anac	Elaborazione nuovo Regolamento	Entro il 31/07/2017	25	100%	25
AAG_003	Codice di comportamento	Revisione del codice di comportamento aziendale alla luce delle linee guida adottate dall'ANAC	Entro il 30/09/2017	25	100%	25
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	85/90%	10	99%	9.9
SIT_001	Restyling del Sito	Attivazione rete referenti aziendali Sito e implementazione pagine dedicate al Dip. del territorio e ai Presidi Ospedalieri	Incontri con referenti sito e creazione pagine dedicate	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>99.9</b>

**AAG\_001: Non può essere sulle somme recuperate ma sul numero delle procedure attivate**  
**FOR\_001: Obiettivo sostituito con l'obiettivo SIT\_001 in fase di monitoraggio**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01020040 UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA RABBIA**  
 1 gen 2017      22 nov 2017

**DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**  
 23 nov 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	25	98%	24.01
DG3_001	Riduzione tempi medi di individuazione e assunzione del personale autorizzato	Tabella riportante il delta temporale tra data di Deliberazione di approvazione del bando e data di assunzione	Almeno il 70%	10	0%	0
GRU_001	Aggiornamento costante e tempestivo su piattaforma "Penelope" dei trasferimenti del personale	n.trasferimenti registrati 2017/n.trasferimenti 2017	100%	40	0%	0
GRU_003	Tasso assenteismo dipendenti per UOC	N.assenza / n. ore	Report semestrale	25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO      49.01**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01020050 UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Responsabile: **DOTT. GIOVANNINO ROSSI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG22_001	Implementazione della Contabilità analitica	Supporto alla UOC Controllo di Gestione per l'implementazione della Co.An.		20	100%	20
DG23_001	Rispetto tempistiche liquidazione fatture passive	Fatture lavorate/ totale fatture scadute e immesse	100%	25	98%	24.5
DG5_001	Attuazione del Percorso Attuativo di Certificabilità	Conseguimento delle azioni poste alla base degli obiettivi del PAC nel rispetto delle tempistiche programmate	90%	25	100%	25
GEF_001	Recupero crediti non riscossi	Implementazione di una procedura formale volta a garantire il sollecito dei crediti scaduti e l'avvio delle azioni legali di recupero crediti in caso di inadempienza del cliente	Predisposizione e messa in opera della procedura	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99.5**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**01020060 UOSD Sistemi Informatici**

Responsabile: **ING. GIOVANNI SCOPONI**

2 nov 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
SIT_002	Servizio tracciatura chiamate	Istituire un sistema di "trouble ticketing" in grado di tracciare le chiamate e consultabile per tipologia	Avvio servizio	60	100%	60
SIT_003	Order Entry da Reparto	Avviare il servizio di O.E. su almeno il 50% dei Presidi Ospedalieri	Avvio sul 50% dei P.O.	40	100%	40
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01020070 UOC SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIPARTIMENTI TERRITORIALI

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO OTTAVIANI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Monitoraggio della spesa per i Direttori dei Distretti e valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	20	100%	20
DAT_003	Monitoraggio budget Protesica	Supporto ai Direttori dei Distretti per la riduzione della spesa protesica del 5%	5%	20	100%	20
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	25	100%	25
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	25	98%	24.01
DG5_002	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale	Adempimento	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99.01**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 010300001 *Coordinamento Trapianti*

Responsabile: DIR.GENERALE - DOTT. LUIGI ZURLO

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
TRAP_01	Aumento del numero dei consensi per la donazione del tessuto muscolo-scheletrico rispetto al 2016	Relazione del coordinatore trapianti contenente i dati di incremento dei consensi del 10%	Incremento del 10%	90	100%	90
TRAP_02	Incontri di sensibilizzazione sulla donazione di organi e tessuti	Relazione del coordinatore trapianti contenente almeno 3 verbali degli incontri	3 incontri	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 010300002 *Coordinamento medici competenti*

Responsabile: **DIR.GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SESSA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CMC_001	Completamento e invio al DWH aziendale dell'anagrafica personale con le limitazioni e prescrizioni	Completamento al 100%		20	0%	0
CMC_002	Programmazione ed effettuazione di eventi di informazione ai lavoratori a cura di ciascun medico competente relativi ai rischi lavorativi in ambiente sanitario	Numero totale degli eventi informativi realizzati da parte di tutti i medici competenti della struttura	10 eventi informativi totali per ogni medico	80	100%	80
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>80</b>

**CMC\_001: Il raggiungimento dell'obiettivo richiesto dipende dalla trasmissione, possibilmente entro il mese di Giugno, dei dati anagrafici di ciascun lavoratore comprensivi di qualifica ed assegnazione lavorativa trasmessi dal GRU ai medici competenti e allo SPP; dalla adeguatezza delle apparecchiature informatiche di ciascun medico competente. In considerazione di quanto esposto la pesatura è pari al 20%.**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 01030010 UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE CANGIANO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_003	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Monitoraggio attività ambulatoriali strutture accreditate con mappatura dell'offerta delle strutture accreditate e i relativi indici di utilizzo semestrali	Presentazione del Piano al 30/09	10	100%	10
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	90	98%	88.2
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>98.2</b>

\* UOS Valutazione prestazioni ambulatoriali e di ricovero - fino a diversa determinazione aziendale

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

 Responsabile: **DOTT.MAURIZIO FERRANTE**

1 gen 2017

31 dic 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
ALP_001	Supporto attività controllo fatturato in collaborazione con il GEF	Importo fatturato intramoenia in serito in contabilità separata/Importo fatturato intramoenia*100	100%	60	100%	60
DG1_001A	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	n.prestazioni critiche prenotate entro soglia/totale prestazioni critiche prenotate*100	80%	10	0%	0
DG1_001B	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	n.persone con attesa >180gg/Totale persone prenotate nella settimana indice*100	5%	30	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**
**60**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **ING. ALDO CELLA**

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	30	74%	22.2
DG4_002	Collaborazione con la Direzione per gli adempimenti relativi all'obiettivo n.4 del DG "Contenimento spesa per beni e servizi"	Rispetto delle tempistiche previste dal programma triennale ed annuale degli investimenti approvati e finanziati di competenza della Uosd	100%	40	100%	40
DG5_002	Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	Assicurare gli adempimenti di competenza per la realizzazione dei PAC al responsabile aziendale	Adempimento	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 92.2**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**01030547 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA ANNA PETRILLI**

1 gen 2017 31 mag 2017

**DOTT. PAOLO ANGELETTI**

1 giu 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_004	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PAC)	Efficientamento dell'organizzazione per l'implementazione dei PAC	Incremento PAC - Relazione	5	100%	5
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	5	100%	5
DG1_009	PDTA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	5	100%	5
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	5	100%	5
DSP_001	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.	Bozza Regolamentoo	10	100%	10
DSP_004	predisposizione e gestione degli atti inerenti la sorveglianza sanitaria	Procedura aziendale	Entro 24 ore dal ricevimento della richiesta	15	100%	15
DSP_005	Gestione pazienti stranieri ricoverati	Collaborazione con il Distretto, le UU.OO e gli altri PP.OO. nel rispetto dei protocolli e procedure operative per pazienti stranieri ricoverati	100% delle pratiche evase sul totale delle domande presentate	15	100%	15
DSP_006	Controllo della documentazione sanitaria	Check list aziendale	30% dei dimessi mensili	10	100%	10
DSP_007	Gestione, controllo e verifica dei servizi forniti dalle ditte appaltate	Verbal di ispezione e report mensili	Trasmissione al DEC entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento	15	100%	15
DSP_008	Gestione infortuni sul lavoro e follow up degli infortuni per rischio biologico	Procedura aziendale e aggiornamento del foglio di calcolo presente in Direzione	Trasmissione al SPP contestualmente al ricevimento della documentazione	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

**DSP\_001: Valore traguardo modificato in fase di monitoraggio**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**01030644 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H2**

Responsabile: **DOTT.SSA SANTINA MEDAGLINI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_004	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Efficientamento dell'organizzazione per l'implementazione dei PAC	Incremento PAC - Relazione	15	100%	15
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_009	PDTA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DSAN_01	Implementazione delle attività della Stanza delle dimissioni supportando i Reparti nella gestione dei trasferimenti dei pazienti post-acuzie	Attivazione percorso con i Reparti	Report mensili ed annuale	30	100%	30
DSP_001	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.	Bozza Regolamento	25	100%	25
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

DSP\_001: Valore traguardo modificato in fase di monitoraggio

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**01030754 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3**

Responsabile: **DOTT. PAOLO ANGELETTI**  
 1 gen 2017

**DOTT.SSA SANTINA MEDAGLINI**  
 1 giu 2017 31 lug 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_004	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Efficientamento dell'organizzazione per l'implementazione dei PAC	Incremento PAC - Relazione	10	0%	0
DG1_009	PDTA Scompenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MARper la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DSP_001	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.	Bozza Regolamento	20	100%	20
DSP_002	Misure per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza	Mappatura e monitoraggio del consumo di antibiotici e verifica appropriatezza	Report trimestrale e valutazione appropriatezza prescrittiva	25	100%	25
DSP_003	Corretta predisposizione report dei contenziosi e richieste risarcimento	Trasmissione relazione e documentazione entro 30 gg	100% dei casi	25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

DG1\_004: L'obiettivo deve essere condiviso con le UU.OO. erogatrici dei PAC.  
 DG1\_010: Obiettivo condiviso con UOC Medicina PH3 e UOSD Farmacia PH3  
 DSP\_001: Valore traguardo modificato in fase di monitoraggio

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017**
**01030843 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4**
**Responsabile: DOTT. MAURIZIO FERRANTE**

1 gen 2017

31 lug 2017

**DOTT. RICCARDO OLIVIERI**

1 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_007	Attivazione Osservazione Breve	Attivazione nel Polo Ospedaliero		40	100%	40
DG1_004	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Efficientamento dell'organizzazione per l'implementazione dei PAC	Incremento PAC - Relazione	10	100%	10
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_009	PDTA Scompenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	5	100%	5
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MARper la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	5	100%	5
DSP_001	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.	Bozza Regolamento	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**
**DSP\_001: Valore traguardo modificato in fase di monitoraggio**
**DEA\_007: Peso modificato in fase di monitoraggio**
**DG1\_009: Peso modificato in fase di monitoraggio**
**DG1\_010: Peso modificato in fase di monitoraggio**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010330 UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	10	100%	10
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	5	100%	5
DG1_006	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Implementazione dei PAC	Incremento PAC	10	0%	0
DG1_007	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PDTA)	Incontri si sensibilizzazione all'arruolamento coi MMG	Documentazione incontri	5	100%	5
DSD_001	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_002	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori. Chiamata attiva dei pazienti reclutabili	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_004	Appropriatezza Prescrittiva	Attività di comunicazione face to face con i Medici prescrittori rilevati dal Distretto attraverso il gestionale Datawarehouse	Verbale degli incontri mensili	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA PARADISI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	10	100%	10
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	5	100%	5
DG1_006	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Implementazione dei PAC	Incremento PAC	10	100%	10
DG1_007	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PDTA)	Incontri si sensibilizzazione all'arruolamento coi MMG	Documentazione incontri	5	100%	5
DSD_001	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_002	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori. Chiamata attiva dei pazienti reclutabili	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_004	Appropriatezza Prescrittiva	Attività di comunicazione face to face con i Medici prescrittori rilevati dal Distretto attraverso il gestionale Datawarehouse	Verbale degli incontri mensili	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**

**100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010340 UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOTT. GUIDO DI LISA**

1 gen 2017

**DOTT. ETTORE FUSELLI**

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	10	100%	10
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	5	100%	5
DG1_006	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Implementazione dei PAC	Incremento PAC	10	0%	0
DG1_007	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PDTA)	Incontri si sensibilizzazione all'arruolamento coi MMG	Documentazione incontri	5	100%	5
DSD_001	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_002	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori. Chiamata attiva dei pazienti reclutabili	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_004	Appropriatezza Prescrittiva	Attività di comunicazione face to face con i Medici prescrittori rilevati dal Distretto attraverso il gestionale Datawarehouse	Verbale degli incontri mensili	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**

**90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010345 UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. MARCO MATTEI**  
 1 gen 2017

**DOTT. GUIDO DI LISA - DOTT. FRANCESCATO**  
 27 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	10	100%	10
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	5	100%	5
DG1_006	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Implementazione dei PAC	Incremento PAC	5	0%	0
DG1_007	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PDTA)	Incontri si sensibilizzazione all'arruolamento coi MMG	Documentazione incontri	5	100%	5
DSD_001	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_002	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori. Chiamata attiva dei pazienti reclutabili	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_004	Appropriatezza Prescrittiva	Attività di comunicazione face to face con i Medici prescrittori rilevati dal Distretto attraverso il gestionale Datawarehouse	Verbale degli incontri mensili	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010350 UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	10	100%	10
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	5	100%	5
DG1_006	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Implementazione dei PAC. Se non possibili Pac autonomi avvio vincolato(committenza) all'implementazione di percorsi condivisi per l'acquisto di prestazioni da altre macrostrutture (privilegiando il PO territorialmente competente)	Attivazione PAC	10	0%	0
DG1_007	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PDTA)	Incontri si sensibilizzazione all'arruolamento coi MMG	Documentazione incontri	5	100%	5
DSD_001	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo.Corso informativo agli operatori	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_002	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo.Corso informativo agli operatori. Chiamata attiva dei pazienti reclutabili	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_004	Appropriatezza Prescrittiva	Attività di comunicazione face to face con i Medici prescrittori rilevati dal Distretto attraverso il gestionale Datawarehouse	Verbale degli incontri mensili	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**

**90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010355 UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOTT. ETTORE FUSELLI**

**DOTT. MARCO MATTEI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	10	100%	10
DAT_002	Mantenimento spesa ADIAI	Valorizzazione del fabbisogno assistenziale dei nuovi casi attraverso la partecipazione alla Unità valutativa ADIAI	Partecipazione alla U.V.ADIAI secondo i criteri Aziendali adottati	5	100%	5
DG1_006	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Implementazione dei PAC	Incremento PAC	10	0%	0
DG1_007	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (PDTA)	Incontri si sensibilizzazione all'arruolamento coi MMG	Documentazione incontri	5	100%	5
DSD_001	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_002	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Produzione di un documento sullo standard operativo/organizzativo/strutturale dei Centri Vaccinali. Predisposizione di campagna di comunicazione alla popolazione e/o contrasto al fenomeno dell'esitazione vaccinale all'antivaccinismo mediante produzione di documento informativo. Corso informativo agli operatori. Chiamata attiva dei pazienti reclutabili	Applicazione sul territorio degli standard di verifica	15	100%	15
DSD_004	Appropriatezza Prescrittiva	Attività di comunicazione face to face con i Medici prescrittori rilevati dal Distretto attraverso il gestionale Datawarehouse	Verbale degli incontri mensili	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**

**90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04010360 UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA SCAMPATI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PROC_01	Progettazione nuovi registri informatici di rilevazione delle prestazioni in linea con le richieste regionali	Gestione informatica dei dati di accesso	60%	20	100%	20
PROC_02	Promozione e interventi di sensibilizzazione e contrasto alla violenza di genere	Organizzazione di giornate di sensibilizzazione per operatori e cittadinanza	2 eventi nell'anno	80	100%	80
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**PROCR\_01: necessaria l'acquisizione pc nuovi ed un programma dal Siti; indicatore modificato in sede di monitoraggio il 27/10/2017**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010370 UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE**

Responsabile: **DOTT.SSA STEFANIA DELL'ORCO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20	100%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	35	97%	33.95
FMT_001	Corretta implementazione del Flusso FILE R	Riduzione degli scarti del Flusso File R relativamente alle vaccinazioni	Riscontro segnalazione (MDS)	35	100%	35
FMT_002	Monitoraggio dell'Appropriatezza Prescrittiva	Approfondimenti bimestrali sulla spesa distrettuale e su classi farmacologiche - incontri formativi con il coinvolgimento della segreteria scientifica della CTA	Almeno 9 report per Distretto3 approfondimenti - 1 incontro formativo con edizioni distrettuali	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 98.95**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010375** **UOSD Sanità Penitenziaria**

Responsabile: **DOTT.SSA EMANUELA FALCONI**

4 set 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PEN_001	Attività integrate UOSD-UOC Dipendenze Patologiche	Realizzare percorsi ccordinati e condivisi	Documento sottoscritto	50	100%	50
PEN_002	Regolamentazione degli accessi nei locali ASL	Realizzare protocollo condiviso	Protocollo sottoscritto	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04010380** **UOSD Medicina Legale**

Responsabile: **DOTT. MARCO SGARBAZZINI**  
 2 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DAT_001	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	50	100%	50
LEG_001	Autorizzazione alla fornitura di presidi extratariffario	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA , il nuovo nomenclatore tariffario e il sistema SANPRO per autorizzazione alla fornitura di presidi extratariffario	Applicazione uniforme del protocollo	50	100%	50

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

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. MARCO D'ALEMA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20	100%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	20	90%	18
DSM_001	Elaborazione progetto terapia riabilitativa individuale	Mappatura dei processi relativi agli aspetti clinici e assistenziali	Documento	20	100%	20
DSM_008	Analisi delle diverse forme di progetti terapeutico-riabilitativi residenziali	Individuazione di criticità e nuove progettualità	Relazione	20	100%	20
DSM_009	Definizione di un Protocollo integrato tra TSMREE, SERD e CSM per la presa in carico dei pazienti nel passaggio tra età evolutiva e adulta	Protocollo		20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 98**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04150001 UOSD Psicoterapia e Psicodiagnosi

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE INNEO**  
 16 ott 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_025	Attivazione tavolo di coordinamento	Numero riunioni	2 riunioni	80	100%	80
DSM_026	Mappatura specializzazioni Psicologi-UOSD	Elaborazione/somministrazione questionario	Acquisizione questionari	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04150002 UOSD Riabilitazione e Progetti di Reinserimento Sociale

Responsabile: **DOTT. PAOLO CORI**  
9 ott 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_023	Attivazione tavolo di coordinamento	Numero riunioni effettuate	2 riunioni entro il 31 dicembre 2017	50	100%	50
DSM_024	Mappatura CCDD del DSMDP	Elaborazione e somministrazione del questionario	Compilazione e acquisizione di 6 questionari	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04154001 UOC SPDC H1**

Responsabile: **DOTT. VINCENZO MANNA**

1 gen 2017

31 lug 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
SPDC_01	Promozione del consenso alle cure volontarie: dal TSO al consenso	% dei pazienti in TSO che accedono al consenso volontario entro i limiti dei 7 gg standard	50%	50	100%	50
SPDC_02	Continuità terapeutica SPDC - CSM ed integrazione assistenziale. Collegamento istituzionale con CSM SERT e TSMREE	% di pazienti dimessi dal SPDC, con programma assistenziale dei CSM SERT e TSMREE afferenti	> 40%	50	100%	50

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO**

**100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04154002 UOC SPDC H2**

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

1 gen 2017

31 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
SPDC_01	Promozione del consenso alle cure volontarie: dal TSO al consenso	% dei pazienti in TSO che accedono al consenso volontario entro i limiti dei 7 gg standard	50%	50	100%	50
SPDC_02	Continuità terapeutica SPDC - CSM ed integrazione assistenziale. Collegamento istituzionale con CSM SERT e TSMREE	% di pazienti dimessi dal SPDC, con programma assistenziale dei CSM SERT e TSMREE afferenti	> 40%	50	100%	50

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04154003 UOC CSM H1- H3**

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

1 gen 2017

14 set 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_001	Elaborazione progetto terapia riabilitativa individuale	Mappatura dei processi relativi agli aspetti clinici e assistenziali	Documento	20	100%	20
DSM_002	Definizione Progetti terapeutici dei pazienti che accedono ai Centri Diurni	Presentazione progetto e attuazione	Presentazione al 30/09 e attuazione al 31/12	20	100%	20
DSM_003	Implementazione Gruppi Multifamiliari	Quantificazione incontri per anno	10 incontri	20	100%	20
DSM_011	Implementazione interventi di Dialogo Aperto	N.famiglie in carico	Relazione con dati	20	100%	20
DSM_012	Assistenza domiciliare presso gruppo appartamenti	N.interventi mensili	Relazione con dati	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04154004 UOC CSM H4**

Responsabile: **DOTT. EDUARDO FERRI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_001	Elaborazione progetto terapia riabilitativa individuale	Mappatura dei processi relativi agli aspetti clinici e assistenziali	Documento	20	100%	20
DSM_002	Definizione Progetti terapeutici dei pazienti che accedono ai Centri Diurni	Presentazione progetto e attuazione	Presentazione al 30/09 e attuazione al 31/12	20	100%	20
DSM_008	Analisi delle diverse forme di progetti terapeutico-riabilitativi residenziali	Individuazione di criticità e nuove progettualità	Relazione	20	100%	20
DSM_009	Definizione di un Protocollo integrato tra TSMREE, SERD e CSM per la presa in carico dei pazienti nel passaggio tra età evolutiva e adulta	Protocollo		20	100%	20
DSM_010	Gruppi di sostegno psicologico per le persone inserite nelle case famiglia	Almeno 10 incontri	Verbali degli incontri	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04154005 UOC CSM H2- H5**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA TERESA DANIELE**  
 1 gen 2017 31 mag 2017

**DOTT. EDUARDO FERRI**  
 19 giu 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_001	Elaborazione progetto terapia riabilitativa individuale	Mappatura dei processi relativi agli aspetti clinici e assistenziali	Documento	20	100%	20
DSM_002	Definizione Progetti terapeutici dei pazienti che accedono ai Centri Diurni	Presentazione progetto e attuazione	Presentazione al 30/09 e attuazione al 31/12	20	100%	20
DSM_003	Implementazione Gruppi Multifamiliari	Quantificazione incontri per anno	10 incontri	60	100%	60

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04154006 UOC CSM H6**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE FABIANO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_003	Implementazione Gruppi Multifamiliari	Quantificazione incontri per anno	10 incontri	15	100%	15
DSM_011	Implementazione interventi di Dialogo Aperto	N.famiglie in carico nell'anno 2017	4 casi seguiti	15	100%	15
DSM_015	Consolidamento Gruppi U.F.E. e processi di recovery	N. presenze annue	15 presenze nell'anno 2017	5	100%	5
DSM_016	Progetto " S-confinare: nel territorio oltre lo stigma"	N. eventi esterni	3 eventi nel 2017	5	100%	5
DSM_017	Revisione progetti Inserimenti in Strutture Residenziali e criticità	N. utenti e riepilogo criticità e ipotesi	15 utenti seguiti e Relazione sulle criticità	10	100%	10
DSM_018	Gruppo Operativo GIANO	N. incontri annui	10 incontri nel 2017	15	100%	15
DSM_019	Esordi Psicotici, percorsi clinici condivisi	GG di presenza nell'ambulatorio dedicato	25 giorni di presenza nel 2017	20	100%	20
DSM_020	Implementazione sistema Interventi contro il Gioco Patologico	Attivazione gruppo e N. incontri	8 incontri nel 2017	5	100%	5
DSM_021	Monitoraggio Progetti Terapeutici per utenti condivisi	N. incontri annui	6 incontri nel 2017	5	100%	5
DSM_022	Collaborazione con il Coordinamento Trapianti Aziendale e Regionale	N. incontri annui	5 incontri nel 2017	5	100%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: DOTT.SSA DIANA DI PIETRO  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20	100%	20
DSM_004	Elaborazione progetto terapia riabilitativa individuale - Area minori	Mappatura dei processi relativi agli aspetti clinici e assistenziali	Documento	20	100%	20
DSM_009	Definizione di un Protocollo integrato tra TSMREE, SERD e CSM per la presa in carico dei pazienti nel passaggio tra età evolutiva e adulta	Protocollo		20	100%	20
DSM_013	Progetti di residenzialità in età evolutiva	DDefinizione criteri e procedure condivise	Documento	20	100%	20
DSM_014	Elaborazione percorsi di accesso, presa in carico e integrazione in età evolutiva per età e patologia	Definizione percorsi, condivisione delle buone prassi, verificabilità delle stesse	Documento	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOSD Diagnosi e Riabilitazione Età Evolutiva dal (delibera del....)

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04154008 UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA GALLOZZI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DSM_005	Revisione regolamento funzionamento SERD carcere di Velletri	Revisione regolamento in coordinamento con i Serd territoriali alla luce del Nuovo Atto Aziendale entro il 31/12	Documento	40	100%	40
DSM_006	Progetti finanziati e non (Progetti di Prevenzione Regionali) dalla Regione Lazio o esterni	Rispetto della tempistica	90%	40	100%	40
DSM_007	GAP:mappatura degli interventi e delle risorse presenti nel territorio ASL RM 6	Report con interventi	Report	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 0420 **DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_001	Piano Vaccinale	Stesura dei Piani Operativi in collaborazione con i 6 Distretti	Documento con indicazioni delle tempistiche	30	100%	30
PRE_002	Piano della Prevenzione	Avvio dei Piani (Sian)	Stato attuazione e rispetto tempistiche in riferimento ai Piani Operativi	30	100%	30
PRE_003	Programmazione fabbisogni in aderenza al budget assegnato per tipologia di conti economici	Verifica aderenza alla dotazione economica assegnata	Rispetto del budget	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT.SSA DONATELLA VARRENTI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_004	Tutela della salute sui luoghi di vita e di lavoro	Controllo igienico e sanitario	Relazione al 31/12 con indicazione dei risultati attesi/realizzati	15	100%	15
PRE_005	Elaborazione/revisione dei modelli	Sviluppo progetti	Relazione al 31/12 con indicazione dei risultati attesi/realizzati	20	100%	20
PRE_006	Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie	Partecipazione ed attività di vigilanza e istruttoria	Relazione al 31/12 con indicazione dei risultati attesi/realizzati	15	100%	15
SCR_001	Estensione adesioni screening oncologico per tumore alla mammella	Adesioni > 50%	>50%	15	87,6%	13.05
SCR_002	Estensione adesioni screening oncologico per tumore alla cervice uterina	Adesioni > 40%	>40%	15	65%	9.75
SCR_003	Estensione adesioni screening oncologico per tumore al colon retto	Adesioni > 45%	>45%	15	97,5%	14.55

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 87.35**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. MASSIMO BARBATO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_007	Implementazione ambulatorio Medicina del lavoro ed attivazione ambulatorio primario su esposti ed ex esposti ad amianto	Attivazione ambulatorio	Relazione con dati attivazione ambulatorio	30	100%	30
PRE_008	Attivazione dei Piani Regionali di prevenzione su promozione della salute e stili di vita nei luoghi di lavoro	Attivazione Piani regionali	100%	30	100%	30
PRE_009	Vigilanza sulle imprese come da obiettivo LEA regionale	Raggiungimento standard LEA	100%	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT.SSA ANGELA DE CAROLIS**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_010	Piano della Prevenzione 2014-2018	Rispetto del coronoprogramma previsto dalle linee progettuali sicurezza alimentare	100%	40	100%	40
PRE_011	Informativa Sian su dati campioni acqua destinata al consumo umano	Realizzazione sistema di informazione per l'utenza sulle attività e dati relativi al campionamento acque destinate al consumo umano	Pubblicazione e aggiornamento dati su Sito Aziendale - 100%	30	100%	30
PRE_012	Formazione personale Sian - PRP - Linea progettuale 1.4 - Guadagnare salute	Avvio formazione del personale Sian con incontri periodici	Livello attuazione previsto dal PRP - 100%	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOC SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN) - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04201704 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_013	Piano Selezione Genetica scrapie classica	Verifica attuazione	100%	40	100%	40
PRE_014	Mantenimento delle qualifiche sanitarie allevamenti	Adempimento nei tempi previsti degli accessi in allevamento	100%	40	100%	40
PRE_015	Adozione manuali operativi	Completamento manuale operativo entro il 31/12	100%	20	100%	20
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

Il raggiungimento degli obiettivi sarà garantito previo mantenimento veterinari ACN nell'attività di progetto

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04201705 UOSD Servizio Veterinario - AREA C

Responsabile: **DOTT. NATALINO CERINI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PPRE_016	Piano Prevenzione Filiera Latte tramite vigilanza redazione check list e piano campionamenti	Numero verifiche e campionamenti effettuati sui programmati	100%	40	100%	40
PPRE_017	Registrazione OSM (Operatori settore mangimi) registrati/riconosciuti su Sistema Informatico Nazionale (SINVSA)	Numero aziende registrate su SINVSA rispetto alle richieste pervenute	100%	30	100%	30
PPRE_018	PRR - Piano Regionale Residui tramite verifiche in allevamento e campioni mirati per la ricerca di sostanze vietate	Numero verifiche e campionamenti effettuati sui programmati	100%	30	100%	30
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

\* UOC IGIENE ALLEVAMENTI (AREA C) - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04201706 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_019	Campionamenti Piani Regionali	Rispetto programmi stabiliti	90%	35	100%	35
PRE_020	Assicurazione livelli controllo ufficiale programmato c/o stabilimenti	Numero controllo effettuati sui programmti	90%	30	100%	30
PRE_021	Procedure per Audit Regionali	Protocolli operativi	Completamento procedure	35	100%	35
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04201707 UOSD Strutture Sanitarie**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO BEATO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_006	Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie	Partecipazione ed attività di vigilanza e istruttoria	Relazione al 31/12 con rispetto tempistica regionale nel 90% dei casi	40	100%	40
PRE_022	Autorizzazione delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie per quanto di competenza del Dipartiemnto	Partecipazione ed attività di vigilanza e istruttoria	Relazione al 31/12 con rispetto tempistica regionale nel 90% dei casi	40	100%	40
PRE_023	Implementazione archivio digitale delle pratiche relative alle istruttorie sanitarie	Verifica implementazione archivio corrente nella misura del 50% delle pratiche pervenute durante l'anno	Relazione al 31/12 con indicazione dei risultati attesi/realizzati	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

La UOSD Strutture Sanitarie per gli aspetti di competenza si occupa anche delle verifiche dei requisiti minimi previsti dalla normativa, per le strutture Sanitarie Pubbliche delle AsL di Latina. La struttura, come già evidenziato più volte, non ha personale assegnato e dedicato allo svolgimento delle attività e il lavoro amministrativo continua ad essere svolto da un operatore NTA. Tutto ciò può incidere notevolmente sul raggiungimento dell'obiettivo

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04201708 UOSD Anagrafe Canina**

Responsabile: **DOTT. NATALINO CERINI**  
1 gen 2017

**DOTT. GAETANO CALOGERO SAPORITO**

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
PRE_024	Attivazione servizio on line per registrazione passaggi di proprietà e cancellazione anagrafica di animali da affezione	Verifica n.ro pratiche evase su richieste complete pervenute	100%	40	100%	40
PRE_025	Protocolli di intesa con i comuni per la pervenzione del randagismo tramite campagne gratuite di applicazione di chip	N.ro giornate effettuate su giornate richieste	100%	30	100%	30
PRE_026	Rilascio, rinnovo e inserimento in banca dati regionale di PET- Passport contestualmente alla richiesta	N.ro passaporti rilasciati/ rinnovati su richieste pervenute	100%	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**0432**

### DIPARTIMENTO EMERGENZA

Responsabile: **DOTT. ANDREA PINTO**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_002	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 90%	5	100%	5
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione con dettaglio e confronto tra 2014/2016 e 2017 - VALORE =70%	10	100%	10
DEA_007	Attivazione Osservazione Breve	Attivazione nel Polo Ospedaliero H4	Relazione	30	100%	30
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	40	100%	40
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nel Pronto soccorso di polo	Relazione	5	100%	5
DEA_010	Introduzione in Pronto Soccorso del consenso all'atto sanitario	Adozione nel Pronto Soccorso	Relazione	5	100%	5
DEA_011	Implementazione dei percorsi ambulatoriali da Pronto Soccorso	Applicazione dei percorsi già concordati con i Dipartimenti di Area medica e di Aera Chirurgica	Relazione con indicazione del tasso di utilizzo delle disponibilità fornite	5	100%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

DEA\_002: valore traguardo modificato in fase di monitoraggio

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: DOTT. ALFREDO LALLI  
 1 gen 2017

DOTT.SSA PAOLA LAPICCIRELLA  
 9 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_002	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	15	100%	15
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nel Pronto soccorso di polo	Relazione	50	100%	50
DEA_010	Introduzione in Pronto Soccorso del consenso all'atto sanitario	Adozione nel Pronto Soccorso	Relazione	20	100%	20
DEA_011	Implementazione dei percorsi ambulatoriali da Pronto Soccorso	Applicazione dei percorsi già concordati con i Dipartimenti di Area medica e di Aera Chirurgica	Relazione con indicazione del tasso di utilizzo delle disponibilità fornitei	15	100%	15

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. VITTORIO NICOLI**  
 1 gen 2017

**DOTT. MAURO D'AMBROSI (sostituto temporaneo)**

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_002	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 90%	10	100%	10
DEA_007	Attivazione Osservazione Breve	Attivazione nel Polo Ospedaliero	Relazione	5	0%	0
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nel Pronto soccorso di polo	Relazione	50	100%	50
DEA_010	Introduzione in Pronto Soccorso del consenso all'atto sanitario	Adozione nel Pronto Soccorso	Relazione	30	100%	30
DEA_011	Implementazione dei percorsi ambulatoriali da Pronto Soccorso	Applicazione dei percorsi già concordati con i Dipartimenti di Area medica e di Area Chirurgica	Relazione con indicazione del tasso di utilizzo delle disponibilità fornitei	5	100%	5
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>95</b>

**DEA\_002: Valore traguardo modificato in fase di monitoraggio**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. ANTONIO FILIPPO ROMANELLI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_002	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 90%	5	0%	0
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nel Pronto soccorso di polo	Relazione	30	100%	30
DEA_010	Introduzione in Pronto Soccorso del consenso all'atto sanitario	Adozione nel Pronto Soccorso	Relazione	55	100%	55
DEA_011	Implementazione dei percorsi ambulatoriali da Pronto Soccorso	Applicazione dei percorsi già concordati con i Dipartimenti di Area medica e di Aera Chirurgica	Relazione con indicazione del tasso di utilizzo delle disponibilità fornitei	10	100%	10
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>95</b>

DEA\_010: La modulistica del consenso all'atto sanitario da costruire ex novo e non derivabile dal sistema GIPSE  
 DEA\_002: valore traguardo e peso modificato in fase di monitoraggio  
 DEA\_010: Peso modificato in fase di monitoraggio

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT.SSA SIMONA CURTI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_002	Triage e trattamento dei pazienti in PS - 1	Accessi chiusi entro 12 ore (escluso Obi)	> = 92%	10	100%	10
DEA_007	Attivazione Osservazione Breve	Attivazione nel Polo Ospedaliero H2	Relazione	30	100%	30
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nel Pronto soccorso di polo	Relazione	40	100%	40
DEA_010	Introduzione in Pronto Soccorso del consenso all'atto sanitario	Adozione nel Pronto Soccorso	Relazione	10	100%	10
DEA_011	Implementazione dei percorsi ambulatoriali da Pronto Soccorso	Applicazione dei percorsi già concordati con i Dipartimenti di Area medica e di Area Chirurgica	Relazione con indicazione del tasso di utilizzo delle disponibilità fornitei	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

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

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	20	100%	20
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	40	100%	40
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	40	100%	40
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

\* UOC ANESTESIA,RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE - P.O. FRASCATI - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI LAPI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	30	100%	30
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	40	100%	40
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOC ANESTESIA,RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE - P.O. ALBANO - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04328107 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H3

Responsabile: DOTT.CLAUDIO CIARLA  
 1 gen 2017 30 apr 2017

DOTT.SSA CARLA GIANCOTTI  
 1 mag 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	10	100%	10
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	50	100%	50
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	30	100%	30
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. ANDREA PINTO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	5	100%	5
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	45	100%	45
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	45	100%	45
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	5	100%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04328109 UOSD Terapia Intensiva Polo H2**

Responsabile: **DOTT. PIERMARIA ORTIS**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	80	100%	80
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOS - Fino ad espletamento avviso in corso



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA ADDOLORATA BERNARDO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione con dettaglio e confronto tra 2014/2016 e 2017	10	100%	10
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	70	100%	70
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	20	100%	20
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOS - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

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

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	20	100%	20
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	40	100%	40
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	40	100%	40
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOS - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 0435 DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	20	100%	20
DG1_009	PDTA Scompenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	25	100%	25
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MARper la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	25	100%	25
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	5	27%	0
MED_006	Unificazione e revisione dei modelli di consenso informato	Stesura dei modelli di consenso informato	Verifica della documentazione prodotta	25	100%	25

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 95**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. MAURO PERSIANI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online al fine di generare report analitici del quadro clinico, ottimizzare l'uso dei farmaci e soprattutto delle terapie desensibilizzanti specifiche inserite nel piano terapeutico aziendale	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure adottate		100	100%	100
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04350801 UOC CARDIOLOGIA - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI SARLI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_009	PDPA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	20	100%	20
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione	20	100%	20
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	30	100%	30
MED_008	Collaborazione al Percorso PDPA Diabete	Apertura agende ECG dedicate	Verifica attivazione	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04350802 UOC CARDIOLOGIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_009	PDPA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	40	100%	40
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione	20	100%	20
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	10	70%	7
MED_008	Collaborazione al Percorso PDPA Diabete	Apertura agende ECG dedicate	Verifica attivazione	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 97**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04350803 UOC CARDIOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. RENATO ANASTASI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_009	PDPA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	20	100%	20
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione	40	100%	40
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	10	20%	2
MED_008	Collaborazione al Percorso PDPA Diabete	Apertura agende ECG dedicate	Verifica attivazione	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 92**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04350804 UOC CARDIOLOGIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. NATALE DI BELARDINO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_009	PDPA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Protocollo Operativo entro il 30/09	20	100%	20
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione	20	100%	20
MED_008	Collaborazione al Percorso PDPA Diabete	Apertura agende ECG dedicate	Verifica attivazione	20	100%	20
MED_014	Incremento delle procedure di Elettrofisiologia endocavitaria	Aumento % delle procedure rispetto al 2016	10%	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04351600 UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
END_001	Attivazione protocollo screening per diagnosi/trattamento endoscopico/stadiazione clinica pre-chirurgica	Attivazione protocollo	Verifica attivazione	10	100%	10
END_002	Attivazione protocollo accesso diretto per esami endoscopici/visita gastroenterologica urgente	Attivazione protocollo	Verifica attivazione	20	100%	20
END_003	Esecuzione delle consulenze in PS entro 1 ora dalla richiesta	Verifica dal sistema GIPSE	90%	30	62,2%	18.6
END_004	Aggiornamento e adesione al protocollo gestione urgenze endoscopiche pre e post trattamento	Attivazione protocollo	Verifica attivazione	20	100%	20
SIAS_01	Incremento prestazioni SIAS e codifica secondo la classificazione regionale	Aumento percentuale delle prestazioni erogate rispetto al 2016	20%	10	0%	0
SIO_001	Incremento ricoveri Day Hospital	Aumento percentuale dei ricoveri Day Hospital rispetto al 2016	20%	10	49%	5

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 73.6**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04352601 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. RICCARDO GUARISCO**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	20	0%	2
MED_005	Collaborazione alla stesura del protocollo operativo in previsione del modello organizzativo "per intensità di Cure" nelle UUOCC di Medicina Generale	Attivazione Protocollo	Verifica Attivazione	30	50%	15
MED_006	Unificazione e revisione dei modelli di consenso informato	Stesura dei modelli di consenso informato	Verifica della documentazione prodotta	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 67**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04352602 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ROBERTO CASTELLACCI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	20	0%	0
MED_005	Collaborazione alla stesura del protocollo operativo in previsione del modello organizzativo "per intensità di Cure" nelle UUOCC di Medicina Generale	Attivazione Protocollo	Verifica Attivazione	30	50%	15
MED_006	Unificazione e revisione dei modelli di consenso informato	Stesura dei modelli di consenso informato	Verifica della documentazione prodotta	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 65**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04352603 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. ORLANDO DELL'UNTO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	20	0%	0
MED_005	Collaborazione alla stesura del protocollo operativo in previsione del modello organizzativo "per intensità di Cure" nelle UUOCC di Medicina Generale	Attivazione Protocollo	Verifica Attivazione	30	50%	15
MED_006	Unificazione e revisione dei modelli di consenso informato	Stesura dei modelli di consenso informato	Verifica della documentazione prodotta	30	100%	30
MED_007	Adesione al percorso di dimissione dai PS/BO e presa in carico in ambulatori specialistici dedicati	Presa in carico dei pazienti dimessi dai PS/BO (arruolati nel percorso)	90%	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 65**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04352604 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA STEFANIA CASALDI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_008	PDTA Diabete	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo PDTA Diabete	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	10	100%	10
MED_004	Incremento del ricorso alle Dimissioni Protette/Post Acuzie per la riduzione della durata della degenza	Aumento percentuale delle dimissioni protette/Post Acuzie rispetto al 2016	10%	20	0%	0
MED_005	Collaborazione alla stesura del protocollo operativo in previsione del modello organizzativo "per intensità di Cure" nelle UUOCC di Medicina Generale	Attivazione Protocollo	Verifica Attivazione	30	50%	15
MED_006	Unificazione e revisione dei modelli di consenso informato	Stesura dei modelli di consenso informato	Verifica della documentazione prodotta	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 65**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

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

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione	20	100%	20
NEFR_01	Incremento % accessi vascolari rispetto al 2016 (solo per il Polo H4)	Confezionamento fistole artero-venose	Incremento del 10%	10	0%	0
NEFR_02	Incremento avvio dialisi programmata rispetto all'urgenza dei pazienti seguiti in ambulatorio pre-dialisi	Incremento % rispetto al 2016	Incremento del 10%	10	100%	10
NEFR_03	Incremento dei pazienti in dialisi peritoneale	Incremento pazienti inseriti rispetto al 2016	20%	30	100%	30
NEFR_04	Presa in carico dei pazienti nefrologici dal PS in regime di ricovero (Solo H2)	Verifica ufficio competente	80%	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 90**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04353902 UOC PEDIATRIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. SAVERIO AQUILI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione di 3 linee guida e procedure adottate in reparto	20	100%	20
PED_001	Condivisione protocolli diagnostici e terapeutici con i pediatri di famiglia	2 Incontri con i pediatri di famiglia	50% degli incontri programmati	40	100%	40
PED_005	Condivisione protocolli diagnostici e terapeutici tra le pediatrie	2 Incontri	50% degli incontri programmati	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04353903 UOSD Pediatria Polo H3**

Responsabile: **DOTT. PATRIZIO PULICATI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione di 3 linee guida e procedure adottate in reparto	20	100%	20
PED_001	Condivisione protocolli diagnostici e terapeutici con i pediatri di famiglia	2 Incontri con i pediatri di famiglia	50% degli incontri programmati	40	100%	40
PED_005	Condivisione protocolli diagnostici e terapeutici tra le pediatrie	2 Incontri	50% degli incontri programmati	40	100%	40
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOC PEDIATRIA POLO H3 - Fino ad espletamento avviso in corso



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04353904 UOC PEDIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. MAURO PERSIANI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione di 3 linee guida e procedure adottate in reparto	20	100%	20
PED_001	Condivisione protocolli diagnostici e terapeutici con i pediatri di famiglia	2 Incontri con i pediatri di famiglia	50% degli incontri programmati	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 60**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04355200 UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO ZAMPETTI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	Verifica comunicazione	80	100%	80
SIAS_01	Incremento prestazioni SIAS e codifica secondo la classificazione regionale	Aumento percentuale delle prestazioni erogate rispetto al 2016	20%	20	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 80**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04355600 UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE

Responsabile: **DOTT. DANIELE MARTINI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
MED_003	Adozione e comunicazione delle linee guida e procedure da applicare sul singolo paziente attraverso monitoraggio online	Comunicazione alla UOC Risk Management delle linee guida e procedure	20%	20	100%	20
RIAB_01	Mantenimento del percorso riabilitativo post ricovero ordinario in regime di Dh o ambulatoriale dei pazienti idonei	Numero pazienti presi in carico presso Dh/Ambulatorio fisiatrico post-dimissione	Almeno il 30% dei pazienti dimessi	40	100%	40
RIAB_02	Rispetto dei tempi Asp per la dimissione dei pazienti compatibilmente con gli eventuali imprevisti	Verifica della Direzione Sanitaria del rispetto dei tempi		40	100%	40
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04356400 UOC ONCOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MARIO BARDUAGNI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
ONC_001	Adozione protocolli di follow up per neoplasie mammella, colon retto, polmone, prostata alla luce delle nuove evidenze scientifiche e secondo le nuove linee guida nazionali ed internazionali	Stesura protocolli di follow up	Protocolli e attivazione	25	100%	25
ONC_002	Istituzione riunioni di reparto dei casi clinici più complessi e relativa stesura della relazione su percorso diagnostico-terapeutico del paziente da inserire in cartella	Relazioni percorso diagnostico terapeutico inserite nel 20% delle cartelle (aperte da Aprile 2017)	20%	15	100%	15
ONC_003	Chiusura cartelle cliniche entro 15gg dall'ultimo accesso	% cartelle cliniche chiuse entro i termini previsti	80%	30	100%	30
ONC_004	Qualità della compilazione della cartella clinica e corretta documentazione da check list aziendale	% cartelle cliniche conformi	90%	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04356800 UOC MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MASSIMO MARIA BARBIERI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MAR per la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	70	100%	70
MAR_001	Incremento prestazioni Cad	Aumento percentuale delle prestazioni erogate rispetto al 2016	10%	25	100%	25
SIAS_01	Incremento prestazioni SIAS e codifica secondo la classificazione regionale	Aumento percentuale delle prestazioni erogate rispetto al 2016	20%	5	0%	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>95</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 0440 **DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA**

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_001	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2016	-10%	40	0%	0
CHI_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	60	100%	60
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>60</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04400005 UOSD Breast Unit - PO Marino**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI PAGANO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Verifica della Direzione Sanitaria	90%	30	100%	30
CHI_004	Corretta compilazione della lettera di dimissioni	Verifica della Direzione Sanitaria	90%	30	100%	30
NUC_001	Creazione di un protocollo operativo tra Medicina Nucleare e Breast Unit per la localizzazione del linfonodo sentinella e del tumore non palpabile della mammella con tecnica S.N.O.L.L.	Descrizione del protocollo ed inizio della procedura esecutiva	Almeno 3 S.N.O.L.L.	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04400901 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. ALFONSO LISI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_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
CHI_006	Chiusura delle cartelle cliniche con valorizzazione dei RAD	Verifica Sipsa	95%	30	100%	30
CHI_010	Corretta compilazione, chiusura e consegna delle cartelle cliniche nei tempi	Check list della Direzione Sanitaria	>=90%	30	0%	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 70**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04400902 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ALESSANDRO CEFARO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_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
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Verifica della Direzione Sanitaria	90%	30	100%	30
CHI_006	Chiusura delle cartelle cliniche con valorizzazione dei RAD	Verifica Sipsa	95%	30	93%	27.9

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 97.9**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04400903 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. CLAUDIO MASCETTI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_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
CHI_006	Chiusura delle cartelle cliniche con valorizzazione dei RAD	Verifica Sipsa	100%	20	100%	20
CHI_015	Dimissione entro 3gg delle colecistectomie laparoscopiche	Verifica delle Direzione Sanitaria di Polo	80%	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04400904 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. CARLO CASCONI**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_001	Durata della degenza	Riduzione degenza media totale per acuti in giorni rispetto al 2016	-10%	5	0%	0
CHI_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	45	100%	45
CHI_005	Degenza post operatoria colecistectomie VDL in elezione	Dimissioni entro 3 giorni	<= 3gg	35	91%	31.85
CHI_010	Corretta compilazione, chiusura e consegna delle cartelle cliniche nei tempi	Check list della Direzione Sanitaria	>=90%	15	100%	15
CHI_015	Trattamento chirurgico delle neoplasie mammarie	Numero di interventi	Almeno 50	0	STERILIZZATO	0

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 91.85**

CHI\_015: Obiettivo Sterilizzato in fase di monitoraggio  
 CHI\_001: Modificato peso da 10 a 5 in fase di Monitoraggio  
 CHI\_002: Modificato peso da 40 a 45 in fase di Monitoraggio  
 CHI\_005: Modificato peso da 30 a 35 in fase di Monitoraggio  
 CHI\_010: Modificato peso da 10 a 15 in fase di Monitoraggio

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04401403 UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE LUCCHETTI**  
1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
VAS_001	Riduzione delle giornate di degenza pre e post operatoria	Riduzione % rispetto al 2016	10%	50	100%	50
VAS_002	Incremento dell'attività ambulatoriale APA (ministripping varici)	Incremento % rispetto al 2016	10%	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04403400 UOSD Oculistica**

Responsabile: **DOTT. ADRIANO CARLO LONGOBARDI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Verifica della Direzione Sanitaria	90%	15	100%	15
OCU_001	Incremento APA terapia intravitreale	Incremento 10% rispetto al 2016	110 intravitreali	50	100%	50
OCU_002	Riassetto attività ambulatoriali della UOSD con ambulatori di secondo livello e collaborazione con il territorio\	Avvio ed attivazione del progetto	Verifica dell'attivazione	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 85**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. FABRIZIO SALIMEI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_013	Corretto uso degli applicativi informatici interni con compilazione della scheda di dimissioni on line	70% delle dimissioni	70%	40	100%	40
CHI_014	Chiusura e puntuale consegna scheda RAD c/c	80%	80%	40	0%	0
ORT_001	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	30%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 60**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04403602 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. GUIDO MARINELLI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_010	Corretta compilazione, chiusura e consegna delle cartelle cliniche nei tempi	Check list della Direzione Sanitaria	>=90%	60	100%	60
ORT_001	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%	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_011	Durata della degenza	Riduzione degenza media rispetto al 2016	Riiduzione della degenza del 5%	30	100%	30
ORT_001	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%	30	100%	30
ORT_002	Apertura servizio per trattamento condropatie, lesioni muscolari e tendinee con fattori biologici	Attivazione del servizio		40	100%	40
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. PAOLO ZAVATTINI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_010	Corretta compilazione, chiusura e consegna delle cartelle cliniche nei tempi	Check list della Direzione Sanitaria	>=90%	60	100%	60
ORT_001	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%	40	0%	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>60</b>

**Per il raggiungimento degli obiettivi è necessario sostituire un collega licenziato e la non riduzione del personale delle sedute operatorie**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04403702 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H2

Responsabile: DOTT. PIERANGELO CELLITI  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_010	Corretta compilazione, chiusura e consegna delle cartelle cliniche nei tempi	Check list della Direzione Sanitaria	>=90%	40	100%	40
GIN_001	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=23	20	100%	20
GIN_005	Promozione appropriatezza assistenza per la gestione del travaglio/parto fisiologico naturale	Numero audit effettuati e protocolli/procedure prodotti	10 Audit e 3 Protocolli	40	100%	40
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04403703 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. ANTONIO BERTOLDI**  
 1 gen 2017 4 mar 2017

**DOTT.SSA VIVIANA PROIA**  
 4 mar 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Effettiva presentazione in cartella clinica	95%	40	100%	40
GIN_001	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=23	20	0%	0
GIN_005	Promozione appropriatezza assistenza per la gestione del travaglio/parto fisiologico naturale	Numero audit effettuati	Almeno 4 Audit	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 80**

**GIN\_001: La Uoc ha sempre cercato di ridurre l'incidenza dei tagli cesarei primari, ovviamente l'offerta della partoanestesia potrebbe concorrere al raggiungimento del valore traguardo**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04403704** **UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H4**

Responsabile: **DOSS. MASSIMO PETRIGLIA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Effettiva presentazione in cartella clinica	95%	40	100%	40
CHI_012	Corretta compilazione della check list alla dimissione	Effettiva presentazione in cartella clinica	95%	40	100%	40
GIN_001	Riduzione dei parti con taglio cesareo primario	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<=23	20	100%	20
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

\* UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA POLO H4 - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04403801 UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3**

Responsabile: **DOTT.SSA TIZIANA CIARLA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
ORL_001	Attivazione ambulatorio endoscopia ORL dedicato completamente all'iter diagnostico per i pazienti provenienti dal territorio (altro codice)	Verifica attivazione		85	100%	85
ORL_002	Interventi di chirurgia endoscopica rinosinusale (cod.2251 e cod.222) eseguiti in regime di Day Surgery	Percentuale di DS rispetto agli stessi interventi in ricovero ordianrio	DS>= 15% rispetto al ricovero ordinario	15	100%	15
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOC OTORINOLARINGOIATRIA - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04403804 UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI LENCI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Controllo a campione dalla Direzione Sanitaria (10%)	90%	10	100%	10
CHI_004	Corretta compilazione della lettera di dimissioni	Controllo a campione dalla Direzione Sanitaria (10%)	90%	10	100%	10
OTO_001	Incremento intervento chirurgico di parotidectomia (cod.235.0)	Incremento del 10% (Controllo DRG)	10%	80	100%	80

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04404301 UOSD Urologia Polo H1**

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**  
 1 gen 2017

**DOTT. FABRIZIO CARBONARO**  
 4 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_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
CHI_003	Corretta compilazione della check list operatoria	Controllo a campione dalla Direzione Sanitaria (10%)	90%	30	100%	30
CHI_006	Chiusura delle cartelle cliniche con valorizzazione dei RAD	Verifica Sipsa	100%	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04404303** **UOC UROLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. GIORGIO CORSETTI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
CHI_010	Corretta compilazione, chiusura e consegna delle cartelle cliniche nei tempi	Check list della Direzione Sanitaria	>=90%	50	100%	50
URO_001	Incremento APA	Incremento % rispetto al 2016	>=90%	50	0%	0
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>50</b>



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. ANTONIO CELIBERTI**

1 gen 2017

15 feb 2017

**DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA**

16 feb 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
LAB_001	Riorganizzazione e omogenizzazione dei Laboratori della Asl Roma 6 (H1,H2,H3,H4) in virtù della riduzione del personale tecnico e laureato andato in quiescenza nel 2016/ 2017	Mantenimento della produttività 2016		70	100%	70
LAB_002	Diagnosi precoce in biologia molecolare di malattie altamente infettive (meningite, tubercolosi,clostridium) eseguite in regime di urgenza per tutte le richieste che provengono dagli ospedali della Asl Roma 6	=< di 1 ora per il 70% dei casi	Relazione con dati	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**LAB\_001: Lostandard di produttività pari a quello del 2016 è garantito mantenendo l'accesso diretto all'utenza nonostante il depauperamento del personale**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04460004 UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
LAB_001	Riorganizzazione e omogenizzazione dei Laboratori della Asl Roma 6 (H1,H2,H3,H4) in virtù della riduzione del personale tecnico e laureato andato in quiescenza nel 2017	Mantenimento della produttività 2016		70	100%	70
LAB_002	Diagnosi precoce in biologia molecolare di malattie altamente infettive (meningite, tubercolosi,clostridium) eseguite in regime di urgenza per tutte le richieste che provengono dagli ospedali della Asl Roma 6	=< di 1 ora per il 70% dei casi	Relazione con dati	30	100%	30
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**LAB\_001: Lo standard di produttività pari a quello del 2016 è garantito mantenendo l'accesso diretto all'utenza nonostante il depauperamento del personale**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04460010 UOSD Senologia**

Responsabile: **DOTT.SSA LINDA MARIA FABI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
SCR_001	Estensione adesioni screening oncologico per tumore alla mammella	Adesioni > 50%	>50%	10	87,6%	8.7
SEN_001	Implementazione attività senologica clinica donne fuori fascia screening	Incremento prestazioni del 10% rispetto al 2016	>10%	60	0%	0
SEN_002	Formazione del personale medico e TSRM dedicato allo screening mammografico	Almeno 2 corsi di formazione l'anno		30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 38.7**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT. GIANNI LOVATO**  
1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
LAB_003	Implementazione Controlli I.C.A.	Inserimento nel 50% dei reparti di Medicina e Riabilitazione	CCICA	50	100%	50
LAB_004	Consolidamento Epatite B e C in PCR	Riduzione del 20% dei tempi di refertazione rispetto al 2016	- 20%	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

**VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017**
**04460300 UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE**
**Responsabile: DOTT.SSA PATRIZIA RIGATO**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
ANA_001	Attività di screening	Verifica avvenuta attività da parte del Direttore del Dipartimento	Almeno il 50% in attività istituzionale	25	100%	25
ANA_002	Linee guida in uso nella UOC ai fini della tracciabilità	Produzione delle Linee Guida	80%	30	100%	30
ANA_003	Implementazione tecnologica del sistema "Anatomia Patologica"	Accettazione e invio referti telematici per tracciabilità	80%	25	100%	25
ANA_004	Implementazione metodiche per stadiazione neoplasie mammarie	Verifica avvenuta implementazione	80%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04461800 UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE

Responsabile: **DOTT. LUCA ALDEGHERI**  
 1 gen 2017      31 lug 2017

**DOTT. ROMOLO OLIVIERI**  
 1 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
EMO_001	Aumento raccolta delle unità di sangue da donatori	Incremento del 2% rispetto al 2016	5%	30	100%	30
EMO_002	Aumento prestazioni di Day Hospital	Incremento del 2% rispetto al 2016	4 riunioni	70	100%	70
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04466101 UOSD Medicina Nucleare**

Responsabile: **DOTT. NICOLA SAMUELE TIBERIO**

1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
NUC_001	Creazione di un protocollo operativo tra Medicina Nucleare e Breast Unit per la localizzazione del linfonodo sentinella e del tumore non palpabile della mammella con tecnica S.N.O.L.L.	Descrizione del protocollo ed inizio della procedura esecutiva	Almeno 3 S.N.O.L.L.	30	100%	30
NUC_002	Creazione di protocolli procedurali in ambito di ciascuna professionalità	Protocolli procedurali		70	100%	70
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>

\* UOS - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04466901 UOSD Radiodiagnostica Polo H1**

Responsabile: **DOTT.SSA ANNA MARIA SPEZIALE**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
RAD_001	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_002	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_003	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04466902 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ALESSANDRO BLASI**  
 1 gen 2017

**DOTT. STEFANO MAZZOCCHI**  
 2 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
RAD_001	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_002	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	90%	20	100%	20
RAD_003	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	90%	40	100%	40

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04466903 UOSD Radiodiagnostica POLO H3**

Responsabile: **DOTT. MARCO CABONI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
RAD_001	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_002	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_003	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>100</b>

\* UOC - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04466904 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4**

Responsabile: **DOTT. ALESSANDRO BLASI**  
 1 gen 2017

**DOTT. DONATO MONTEMURRO**  
 2 ago 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
RAD_001	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_002	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	90%	40	100%	40
RAD_003	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	90%	20	100%	20

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 04469300 UOC GOVERNO FARMACEUTICO OSPEDALIERO AZIENDALE

Responsabile: DOTT.SSA ANNABELLA BONADONNA  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	30	100%	30
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	20	97%	19.4
FMT_003	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	50	100%	50
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>99.4</b>

\* UOC FARMACIA POLO H2 - Fino a nuova disposizione aziendale

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04469301 UOSD Farmacia Polo H1**

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSANDRA ARMATI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	30	100%	30
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	20	97%	19.4
FMT_003	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	50	100%	50
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>99.4</b>

\* UOC FARMACIA POLO H1 - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04469303 UOSD Farmacia Polo H3**

Responsabile: **DOTT.SSA GIUSEPPA MARCHETTI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG1_010	PDTA BPCO	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e UOC MARper la stesura e l'implementazione del protocollo operativo BPCO	Protocollo Operativo entro il 30/09	30	100%	30
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20	100%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	20	97%	19.4
FMT_004	Misure per il contenimento delle ICA	Mappatura e monitoraggio del consumo di antibiotici - Collaborazione con la Direzione Sanitaria del Polo	Report trimestrale e valutazione appropriatezza prescrittiva	30	100%	30

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 99.4**

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

**04469304 UOSD Farmacia Polo H4**

Responsabile: **DOTT.SSA FRANCESCA MATTEO**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	30	100%	30
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	20	97%	19.4
FMT_003	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	50	100%	50
					<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>	<b>99.4</b>

\* UOC FARMACIA H4 - Fino ad espletamento avviso in corso

## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

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

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSIA MATTACCHIONI**  
 1 gen 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
FIS_001	Realizzazione del Registro Unico Aziendale della Sarveglianza	Verifica dell'aggiornamento con i verbali	Verbali di tutti gli interventi	50	100%	50
FIS_002	Verifica della rispondenza di tutti gli impianti aziendali alla direttiva europea 59/2013	Verbali scritti di verifica di ciascun impianto	Verbali di tutti gli impianti	50	100%	50
<b>SOMMA PUNTEGGIO PESATO</b>						<b>100</b>



## VERIFICA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - ANNO 2017

### 0450 *Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche*

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

1 apr 2017

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso	Risultato verificato	Punteggio pesato
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nei PS aziendali	Attivazione in almeno 3 PS	5	100%	5
INF_001	Incontri organizzativi con le PO infermieristiche del Polo/Distretto/Dipartimento	Almeno 4 incontri entro il 31/12		20	100%	20
INF_002	Studio di fattibilità sugli esiti delle cure	Almeno un outcome		10	100%	10
INF_003	Sviluppo delle competenze pratiche dei processi assistenziali per l'intensità di cure e complessità assistenziale	Adozione di un modello in ogni presidio		5	100%	5
INF_004	Procedure per la somministrazione di stupefacenti nel SERD del carcere di Velletri	Procedura per l'apertura del SERD nel carcere di Velletri nei festivi	Apertura almeno il 30% dei festivi	15	100%	15
INF_005	Incremento PDTA	Analisi delle criticità e soluzioni apportate	80%	10	100%	10
INF_006	Condivisione del modello organizzativo e dei protocolli operativi sulla riorganizzazione dei Centri Vaccinali	Garanzia degli standard di personale presente nel documento		10	100%	10
INF_007	Redazione regolamento e linee guida per il personale infermieristico afferente alla Direzione Infermieristica	Approvazione Documento e analisi dell'attuazione		5	100%	5
RSK_005	Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Assicurare la partecipazione dei dipendenti alla formazione sul Piano Aziendale prevenzione Cadute	90% di partecipazione	5	100%	5
RSK_006	Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Corretta compilazione delle Scheda preventiva infermieristica per la valutazione del rischio cadute	98%	5	100%	5
RSK_007	Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Studio di fattibilità per la costruzione di una scheda per la Prevenzione delle cadute notturne	Documento	10	100%	10

**SOMMA PUNTEGGIO PESATO 100**

\* Dirigente incaricato con Deliberazione n.253 del 30/03/2017