

MODELLO ORGANIZZATIVO

dell'AO "Ospedale Maggiore" di Crema

Revisione n. 6 del 19.3.2015



SCHEMA RIASSUNTIVO MODIFICHE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

N. di Revisione	Data	Descrizione delle modifiche	Redatta da	Firma per ratifica
Rev. n.1	23.3.2009	Aggiornamento analisi rischi	Referente GdL Rag. Ezio Bruni	
Rev. n. 2	18.3.2010	Aggiornamento analisi rischi	Referente GdL Rag. Ezio Bruni	
Rev. n. 3	18.3.2011	Aggiornamento ordinario e straordinario	Referente GdL Rag. Ezio Bruni	
Rev. n. 4	19.3.2012	Aggiornamento ordinario e straordinario	Coordinatore aziendale CEC	Validato dal Responsabile Sistema Qualità Dr. Roberto Sfogliarini
Rev. n. 5	19.3.2013	Aggiornamento ordinario e straordinario	Coordinatore aziendale CEC	Validato dal Responsabile Sistema Qualità Dr. Roberto Sfogliarini
Rev. n. 6	19.3.2015	Aggiornamento ordinario e straordinario	Coordinatore aziendale CEC	Validato dal Responsabile Sistema Qualità Dr. Roberto Sfogliarini

PRINCIPI E VALORI

Le attività dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed appropriatezza e, sono rivolte ad assicurare:

- L'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate di ricovero per acuti e per la riabilitazione, specialistiche, ambulatoriali e di emergenza
- Lo sviluppo del sistema di Qualità dell'A.O.
- Il collegamento con le altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere

Il presente Modello Organizzativo rispetta i principi e valori etici espressi dall'Azienda tramite il Gruppo di lavoro:

- Integrità
- Correttezza
- Professionalità
- Lealtà e trasparenza
- Lavoro di squadra
- Senso di appartenenza ed eccellenza nel servizio

La sua organizzazione e il suo funzionamento sono retti da principi di:

- Imparzialità
- Osservanza delle norme
- Riservatezza
- Integrità
- Capacità
- Rispetto
- Efficienza ed economicità
- Eguaglianza

DEFINIZIONI

L'adattamento del Dlgs.vo 8 giugno 2001 n. 231, ad un contesto ospedaliero pubblico comporta l'articolazione delle disposizioni in esso contenute sulla base delle seguenti definizioni:

Analisi dei Rischi: si intende l'individuazione dei rischi di reato ex d.lgs. 231/01 e di quelli inerenti la violazione del Codice Etico e la valutazione degli stessi in termini di rapporto tra la probabilità che si verifichino e l'entità del danno che potrebbero causare. Ogni Azienda Sanitaria pubblica deve effettuare l'analisi dei Rischi come indicato nelle Linee Guida regionali per l'implementazione del Codice etico-comportamentale emanate con DGRVIII/3776/2006, capitolo 2, seguendo metodologie comuni, ma utilizzando i propri format aziendali aggiornati con l'introduzione della legge 6.11.2012 n. 190 "Determinazioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" entrata in vigore il 28.11.2012.

Azienda: si intende ciascuna delle Aziende Sanitarie Locali o Aziende Ospedaliere facenti parte del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia.

Carta dei Servizi: documento ufficiale dell'Azienda in cui trovano descrizione i servizi offerti dall'A.O. e le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni; assume, inoltre, i caratteri di strumento di conoscenza e di promozione per l'Utente.

Codice Etico: documento ufficiale dell'A.O. che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'ente nei confronti dei "portatori di interesse" (dipendenti, fornitori, utenti ecc)

Codice Etico Comportamentale: sistema di autodisciplina aziendale finalizzato a regolare l'attività ed i comportamenti posti in essere dall'Azienda Ospedaliera. Esso è costituito dal Codice Etico e dal Modello Organizzativo; l'applicazione è sottoposta al controllo di un Organismo di Vigilanza.

Organismo di Vigilanza (OdV): organismo costituito in forma collegiale, dotato di autonomia ed indipendenza rispetto all'organo di gestione dell'Azienda Sanitaria pubblica, e preposto a vigilare in ordine all'efficacia ed all'osservanza del Codice etico-comportamentale. Esso è nomi-

nato con delibera del Direttore Generale.

Delega: si intende qualsiasi potere trasferito dall'organo dell'Azienda Sanitaria pubblica che ne è inizialmente investito a un'altra funzione aziendale.

Destinatari: tutti i dipendenti dell'A.O. con qualsivoglia funzione e qualifica, nonché, i "professionisti" che (in forma individuale o quali componenti di un'Associazione professionale) erogano prestazioni in forma coordinata e continuativa nell'interesse dell'Azienda, ed i "soggetti" (persone fisiche o giuridiche) cui l'Azienda affida, in via continuativa, lo svolgimento di servizi di sua competenza e la cui attività è di conseguenza pienamente inserita nell'organizzazione stessa dell'A.O..

Direzione Strategica: è composta dal Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo.

Funzione Aziendale: si intende ogni figura professionale che opera all'interno di ciascun Servizio / Dipartimento / U.O dell'Azienda Sanitaria pubblica

Linee Guida: se non diversamente specificato si intende il documento contenente le linee di interpretazione e attuazione per il monitoraggio e l'aggiornamento dei Codici etico-comportamentali.

Modello Organizzativo: documento dell'A.O. in cui sono riportate le procedure da seguire nello svolgimento delle attività per rispettare i valori ed i principi enunciati nel Codice Etico.

Piano d'Azione: si intende l'insieme delle azioni e delle strategie di intervento predisposte dell'Azienda Sanitaria pubblica per mitigare ciascun rischio individuato attraverso l'Analisi dei Rischi.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione: documento dell'A.O. in cui sono riportate tutte le misure di prevenzione della corruzione. L'obbligo di adottare il Piano di Prevenzione della Corruzione è previsto ai sensi dell'art.1, c 59 della legge 6.11.2012 n. 190 "Determinazioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" entrata in vigore il 28.11.2012.

P.O.A.: Piano di Organizzazione Aziendale, documento redatto da ogni singola A.O. ai sensi della DGR 7/14049 dell'8.8.2003 ed eventuali successive modifiche.

Potere: particolare autorità conferita a una persona o a un organo in relazione alla carica, all'ufficio che ricopre o alla funzione che svolge all'interno dell'Azienda Sanitaria pubblica in cui opera.

Responsabilità: si intende il dovere, in capo a qualsiasi funzione aziendale, di rispondere personalmente dell'esecuzione dei compiti e delle mansioni affidatele e dell'andamento del settore di attività cui è preposta.

Segregazione delle funzioni: si intende l'adeguata distribuzione e suddivisione dei compiti, dei poteri e delle responsabilità tra tutte le funzioni aziendali interessate, secondo il principio della separazione delle funzioni, per cui chi autorizza l'effettuazione di un'operazione, chi la esegue operativamente e chi controlla devono essere Funzioni Aziendali distinte, per quanto possibile.

Terzo: ogni persona, fisica o giuridica, tenuta ad adempiere ad una prestazione d'interesse per l'Azienda o, che, comunque, intrattiene rapporti con l'A.O. senza essere qualificabile come Destinatario.

Utente: ogni persona fisica che rapportandosi con l'Azienda, usufruisce delle prestazioni e dei trattamenti sanitari dalla stessa erogati.

SISTEMA DI AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

Il Modello Organizzativo prevede un aggiornamento dinamico al fine di mantenere i caratteri di attualità, specificità e efficacia.

L'Azienda predispose dunque un sistema di AGGIORNAMENTO ordinario e straordinario in grado di rilevare, registrare e rispondere a qualsivoglia modifica dell'assetto organizzativo, cambiamento operativo e variazione normativa, seguendo i seguenti step operativi:

- aggiornamento dell'analisi dei rischi, sia ordinario che straordinario
- elaborazione ed adozione delle azioni correttive, volte a prevenire il verificarsi dei rischi
- monitoraggio delle attività del Comitato di Valutazione, finalizzato alla creazione di sinergie gestionali ed operative
- definizione delle linee identificative dei compiti e delle responsabilità, nel rispetto del principio organizzativo di segregazioni delle funzioni.

L'aggiornamento del modello Organizzativo avviene secondo le linee guida regionali emanate dalla Direzione Generale Sanità.

L'AGGIORNAMENTO ORDINARIO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Viene prevista una attività periodica interna di aggiornamento dell'analisi dei rischi da effettuarsi almeno una volta all'anno, entro 31 marzo, in riferimento all'attività dell'anno trascorso, oppure su indicazioni del Comitato di Valutazione.

Il documento contenente l'Analisi dei Rischi è rappresentato dalle Schede di Sintesi compilate limitatamente ai soli campi di interesse e precisamente, per ogni Scheda di Sintesi:

- Area
- Processo
- Fase/Sotto Processo
- Descrizione attività
- Responsabilità
- Rischio
- Valutazione del Rischio

L'AGGIORNAMENTO STRAORDINARIO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Premessa

In ragione della complessità della struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliera, l'aggiornamento del Modello Organizzativo si articola nella predisposizione di un programma di recepimento delle innovazioni (di seguito, "Programma di Recepimento").

Programma di Recepimento

Si rende necessario procedere alla predisposizione del Programma di Recepimento in occasione di:

- cambiamenti significativi della Struttura Organizzativa tali da:
 - comportare modifiche del Piano Organizzativo Aziendale;
 - causare variazioni del *modus operandi* attuale di un processo/area aziendale;
- novità legislative con riferimento alla disciplina della responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato;
- novità legislative tali da comportare una variazione dell'operatività e del *modus operandi* di uno specifico processo/ area aziendale;
- significative violazioni del Modello Organizzativo e/o esiti di verifiche sull'efficacia del medesimo o di esperienze di pubblico dominio del settore.

L'attività è funzionale al mantenimento nel tempo dell'efficacia del Modello stesso.

Il compito di disporre l'aggiornamento del Modello Organizzativo è attribuito al Responsabile di ciascuna Struttura, in collaborazione con l'Ufficio Qualità, l'Ufficio Affari Generali e Legali, il Coordinatore aziendale Codice Etico Comportamentale (Coordinatore aziendale CEC); in particolare il Responsabile della Struttura impattata dalla novità o modifica organizzativa potrà avere la facoltà di incaricare un suo collaboratore (Referente Qualità) – appositamente formato – per la revisione del processo di propria competenza e delle schede di rischio di riferimento, evidenziando eventuali criticità.

Modifiche di carattere Organizzativo

A fronte di una modifica organizzativa impattante sul Piano Organizzativo Aziendale, si realizzano i seguenti step:

- la Direzione Generale, ricevuta l'approvazione della Regione, redige la delibera di attuazione – nella quale viene riportato un esplicito richiamo per la revisione del Modello stesso – e inoltra la stessa per conoscenza al Responsabile della Struttura interessata e al Coordinatore aziendale CEC (l'inoltro è a cura del Responsabile del procedimento).

- il Responsabile della Struttura impattata avvalendosi o delegando al referente qualità, procede alla revisione del processo di propria competenza e delle relative schede di rischio;
- effettuata la revisione del Modello Organizzativo, il Responsabile del Sistema Qualità in collaborazione con il Responsabile della Struttura ha il compito di validare l'aggiornamento dello stesso.

A fronte di una modifica organizzativa "minore", non impattante sul POA, si realizzano i seguenti step:

- il Responsabile della Struttura congiuntamente con l'Ufficio Qualità ha il compito di valutare se la modifica organizzativa richiede un aggiornamento del Modello causa variazione del *modus operandi* di un processo;
- effettuata la revisione del Modello Organizzativo, il Responsabile della Qualità in collaborazione con il Responsabile della Struttura ha il compito di validare l'aggiornamento dello stesso.

Modifiche di carattere Legislativo

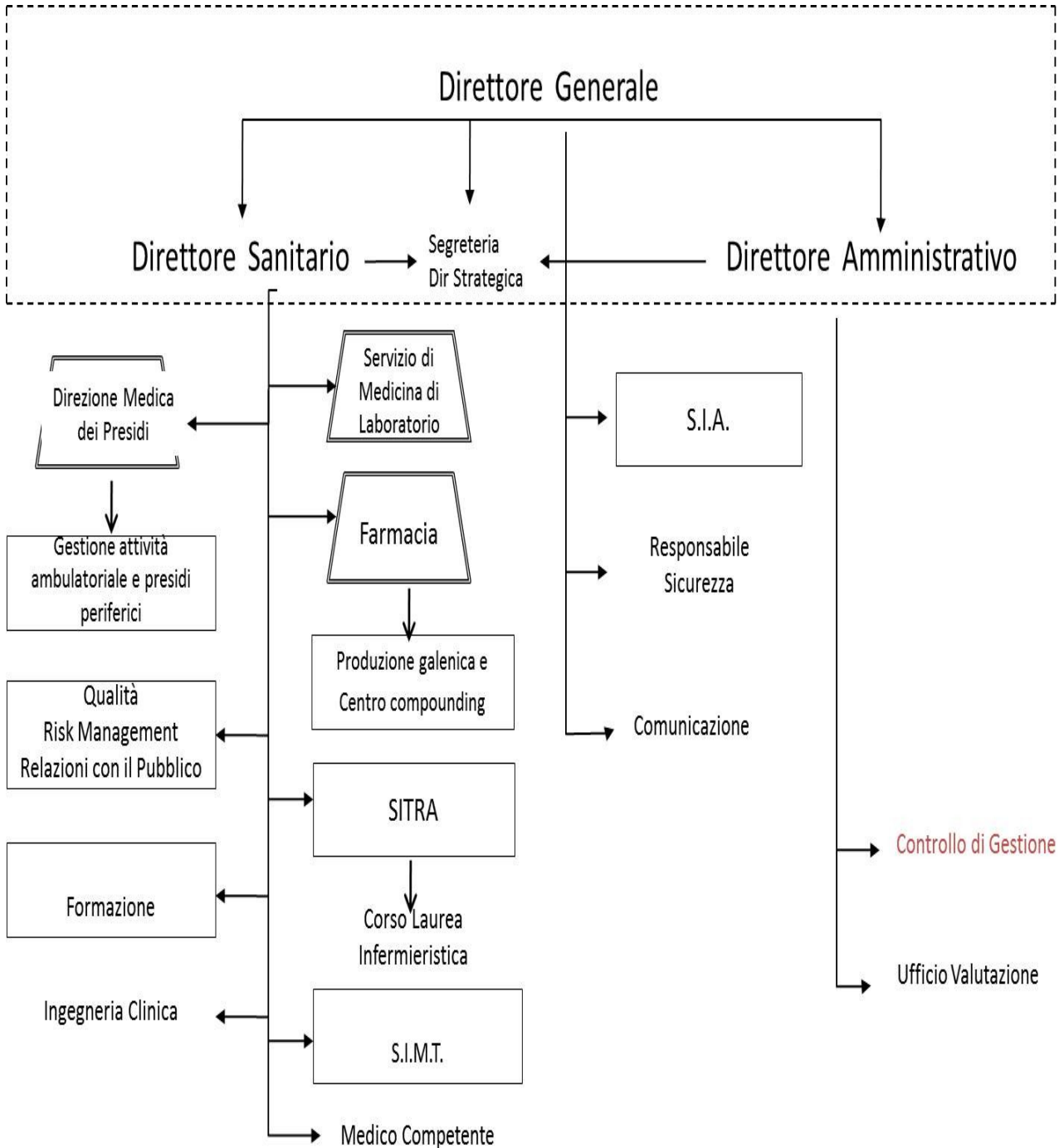
A fronte di una modifica legislativa inerente il Decreto Legislativo 231/91, si realizzano i seguenti step:

- Affari Generali e Legali – incaricato del monitoraggio delle variazioni del Decreto Legislativo 231/2001 - inoltra la comunicazione della modifica all'Ufficio Qualità;
- l'Ufficio Qualità e Affari Generali e Legali hanno il compito di valutare ed individuare i processi che possono essere impattati da tale variazione e di comunicare ai Responsabili delle Strutture di riferimento e al Coordinatore aziendale CEC, la necessità di una revisione del Modello Organizzativo;(l'inoltro è a cura dell'Ufficio Legale).
- ciascun Responsabile di Struttura impattata avvalendosi o delegando al referente qualità, procede alla revisione del processo di propria competenza e delle relative schede di rischio;
- effettuata la revisione del Modello Organizzativo, il Responsabile della Qualità in collaborazione con il Responsabile della Struttura ha il compito di validare l'aggiornamento dello stesso.

A fronte viceversa di una modifica legislativa che comporta una variazione dell'operatività e del *modus operandi* di uno specifico processo di pertinenza di aree aziendali specifiche, si attuano i seguenti step:

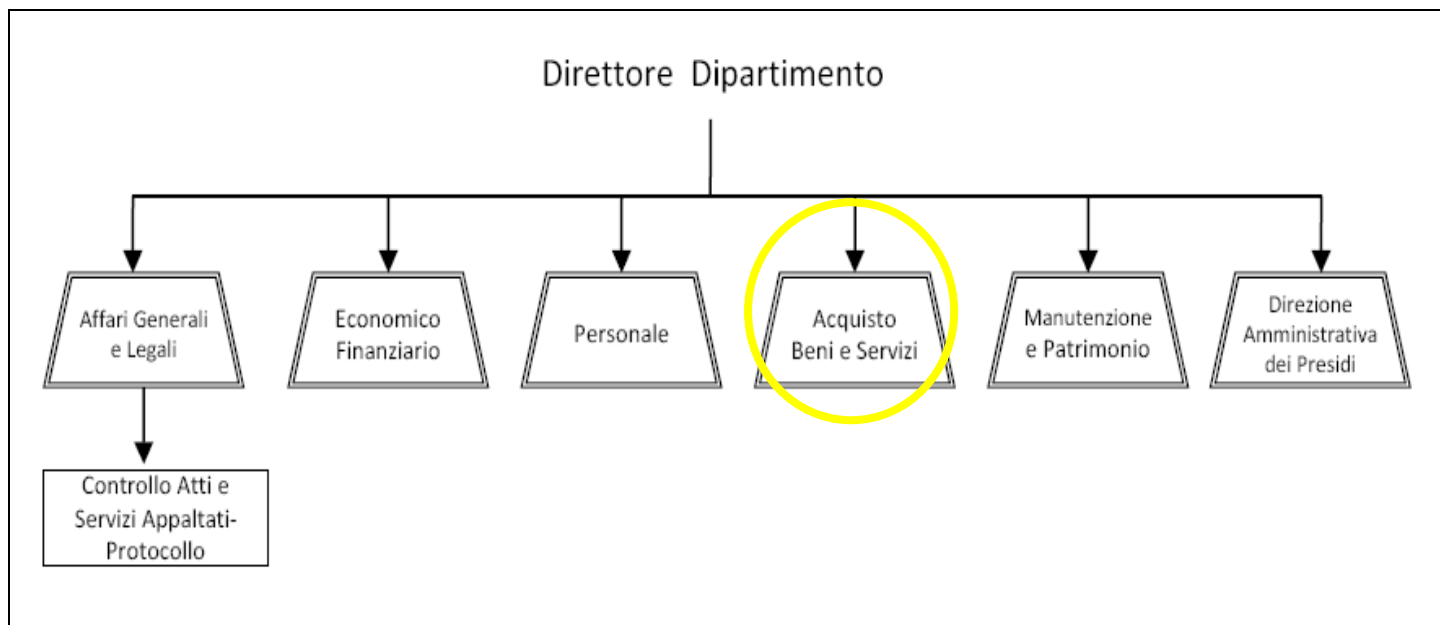
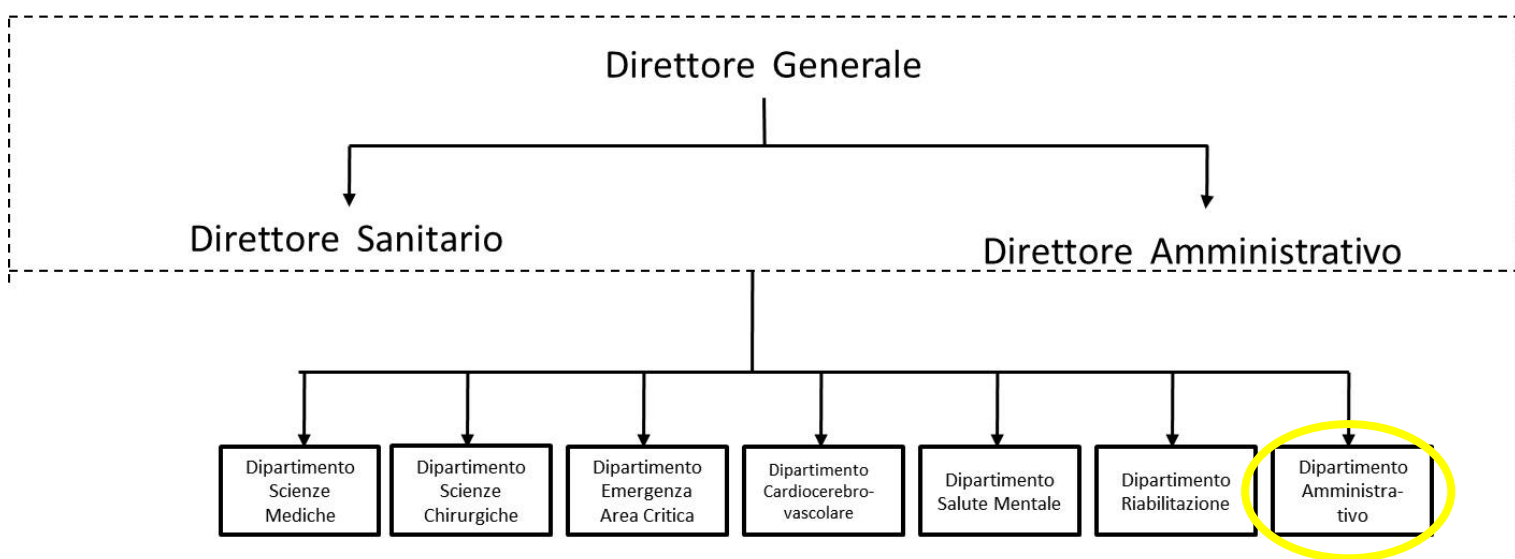
- il Responsabile dell'Unità Operativa/Servizio sulla cui operatività impattano le modifiche legislative individua i processi da assoggettare a modifica informandone l'Ufficio Qualità ed il Coordinatore CEC;
- ciascun Responsabile di Struttura impattata avvalendosi o delegando il proprio referente qualità, procede alla revisione del processo di propria competenza e delle relative schede di rischio;
- effettuata la revisione del Modello Organizzativo, il responsabile della Qualità in collaborazione con ciascun responsabile di Unità Operativa ha il compito di validare l'aggiornamento dello stesso.

APPLICAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO



	ELENCO PROCESSI	UNITA' OPERATIVA
a)	Introduzione	
b)	ACQUISTI BENI E SERVIZI	ACQUISTI BENI E SERVIZI
c)	GESTIONE CICLO PASSIVO	ECONOMICO FINANZIARIA
d)	GESTIONE DEI PROCESSI ASSICURATIVI – GESTIONE DEL PROCESSO DI RECUPERO CREDITI – GESTIONE IN AUTOASSICURAZIONE INCIDENTI AUTOMEZZI DEI DIPENDENTI	AFFARI GENERAL LEGALI
e)	GESTIONE DEL BUDGET	CONTROLLO DI GESTIONE
f)	GESTIONE DEL PERSONALE - FORMAZIONE DEL PERSONALE	PERSONALE - FORMAZIONE
g)	GESTIONE PROCESSI DI CURE – GESTIONE E SMALTIMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI	DIREZIONE MEDICA PRESIDIO
h)	MANUTENZIONE E COLLAUDO APPARECCHIATURE MEDICALI E TECNICO ECONOMICI	INGEGNERIA CLINICA
i)	MANUTENZIONE PATRIMONIO – PROGETTAZIONE E SVILUPPO	MANUTENZIONE PATRIMONIO
l)	SERVIZI INFORMATICI IT	SIA
m)	SICUREZZA SUL LAVORO	SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE RISCHI

PROCESSO: ACQUISTI DI BENI E SERVIZI



DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO DI AFFERENZA: Dipartimento Amministrativo

Responsabile Dr.ssa Anna Maria Magarini

Il Direttore Responsabile ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili nelle quantità e qualità necessarie, nel rispetto dei principi di eticità, legalità, efficienza, efficacia ed economicità. Afferiscono alla direzione dell'U.O. "Acquisto beni e servizi" le funzioni aziendali che garantiscono i flussi informativi verso i vari Osservatori Regionali.. L'attività relativa alla costituzione dei suddetti osservatori si colloca nell'ambito delle iniziative di monitoraggio e soprattutto di controllo dei costi per beni e servizi in Azienda. Risulta sinergica ad altre iniziative che hanno sviluppato forme d'acquisto telematiche (e-procurement) e costituito piattaforme d'acquisto (marketplace) con particolare riferimento agli acquisti di ambito sanitario. Responsabile Acquisto beni e servizi (Centro Unico Acquisti).

S.C. ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Competenze manageriali – Attività caratteristiche

L'U.O. Acquisti beni e servizi garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili nelle quantità e qualità necessarie, nel rispetto dei principi di eticità, legalità, efficienza, efficacia ed economicità.

A tal fine l'Unità Operativa:

sviluppa le politiche di acquisto individuando i fabbisogni di beni e servizi in collaborazione con i clienti interni; promuove strategie di acquisto mediante lo studio dei mercati, dei prodotti e dei fornitori ricercando e sperimentando le modalità suggerite dalle indicazioni regionali (gestione di servizi in comune; gestione aggregata delle procedure di acquisto; e-procurement – piattaforma Sin.Tel - CSA MED, MEPA, etc.);

assume la responsabilità della gestione di tutte le procedure di gara per la fornitura di beni e servizi;

valuta complessivamente le politiche di acquisizione dei beni e servizi (benchmarking);

gestisce i rapporti con i fornitori;

assicura lo svolgimento delle funzioni economiche (gestione ordini - magazzino economico- servizio alimentare – trasporti);

gestisce il rapporto con imprese appaltatrici di funzioni economiche (pulizie – lavanderia e guardaroba – ristorazione) nonché di altre funzioni appaltate riguardanti servizi sanitari, nel rispetto delle competenze specifiche della Direzione di Presidio;

cura la tenuta degli inventari secondo i vigenti principi contabili.

Afferiscono alla direzione dell'U.O. Acquisti Beni e Servizi le funzioni aziendali che garantiscono i flussi informativi verso l'Osservatorio acquisti regionale e l'Osservatorio Regionale prezzi e tecnologie .

L'attività relativa alla costituzione di un osservatorio acquisti si colloca nell'ambito delle iniziative di monitoraggio e soprattutto di controllo dei costi per beni e servizi in Azienda.

Risulta sinergica ad altre iniziative per sviluppare possibili forme d'acquisto telematiche (e-procurement) e costituire piattaforme d'acquisto (marketplace) con particolare riferimento agli acquisti di ambito sanitario.

Grado di Autonomia Gestionale

Numero dirigenti dedicati: 2

Numero addetti del comparto dedicati: 20,94

Responsabilità

La struttura negozia il budget aziendale ed ha responsabilità sia di risultato che di spesa.

Il budget annuo assegnato si attesta indicativamente ad € 14.450.000,00.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Riferimenti:

D.Lgs. n. 163 del 12/4/2006 e ss. mm. ed ii. (Codice Appalti)

Regolamento appalti (DPR n. 207 del 5/10/2010)

L.R. 10/2011

Regolamento Acquisti (deliberazione DG n° 53 del 6/2/2012)

Il Processo Acquisti ha in carico di tutte le attività per la gestione degli approvvigionamenti di beni e servizi per l'Azienda Ospedaliera, nonché del rapporto e delle comunicazioni con i fornitori.

Le varie tipologie di approvvigionamento prevedono i seguenti sotto-processi/attività:

- Qualificazione e gestione dei fornitori – albo fornitori
- Procedura a evidenza pubblica (aperta e ristretta)
- Cottimo fiduciario
- Affidamento diretto
- Procedura Ordini



SOTTOPROCESSO 1.1:**" QUALIFICAZIONE E GESTIONE DEI FORNITORI – ALBO FORNITORI "**

L'Azienda Ospedaliera con provvedimento deliberativo n. 107 del 24.2.2011 ha adottato l'Albo Fornitori telematico. La costituzione dello stesso è stata attuata avvalendosi della piattaforma web di CSAMed Srl di Cremona con apposito avviso pubblicato sul sito www.albofornitori.it. L'U.O. Acquisti ha altresì provveduto a contattare le ditte già disponibili a contrattare con l'Azienda Ospedaliera fornendo informazioni circa l'istituzione dell'Albo Fornitori e le modalità di iscrizione allo stesso. I requisiti richiesti per l'iscrizione dei fornitori sono stabiliti nella Scheda Dati che i fornitori devono correttamente compilare inserendo tutte le informazioni ivi richieste collegandosi al sito www.albofornitori.it. Le ditte oltre a sezioni con dati generali, operativi e merceologici sono tenute a compilare una sezione amministrativa relativa ai requisiti di idoneità professionale, di capacità economico-finanziaria e di ordine generale richiesti dalla normativa. Inoltre le ditte devono provvedere a caricare sul sistema il Codice Etico degli Appalti Regionale, debitamente sottoscritto per accettazione, quale condizione indispensabile per l'iscrizione all'Albo fornitori. Al termine della procedura di valutazione, l'Azienda accetta oppure rifiuta il fornitore. In caso di accettazione i fornitori risultano "iscritti". L'iscrizione del fornitore ha efficacia a tempo indeterminato. L'art. 8 del Regolamento per l'istituzione e la gestione dell'Albo prevede le fattispecie che ne comportano la cancellazione. E' comunque necessario che le ditte iscritte aggiornino o confermino i propri dati con cadenza almeno annuale. L'U.O. Acquisti si impegna a tenere aggiornato l'Albo sia verificando i suddetti adeguamenti annuali sia valutando le nuove richieste di iscrizione per implementare l'Albo stesso. L'U.O. Acquisti tramite la piattaforma telematica dell'Albo Fornitori, oltre alla gestione diretta delle iscrizioni, opera ricerche di mercato attraverso la classificazione merceologica e predispone tutte le forme di acquisto (e-procurement) attualmente previste dalla normativa vigente. Si precisa che esiste ed è stato opportunamente aggiornato (luglio 2011) uno specifico protocollo operativo interno in cui vengono specificate le modalità e le regole istituite per interloquire con le ditte durante l'espletamento delle procedure. L'iscrizione all'albo da parte dei fornitori non determina comunque l'obbligo ad invitare gli stessi alle varie procedure di gara; l'iscrizione all'albo non determina l'insorgenza di alcun diritto in capo al fornitore. Quanto sopra viene confermato anche dal comma 11 dell'art. 125 del D.L. 163/2006 e s.m.i. che precisa che per i servizi e/o forniture da 40.000,00 a 200.000,00 Euro + IVA l'affidamento avviene previa consultazione di almeno cinque operatori individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici. Per servizi e/o forniture inferiori a 40.000,00 Euro + IVA è consentito affidamento diretto da parte del Responsabile del Procedimento. Al fine di consentire un'adeguata trasparenza e confronto concorrenziale anche per questa tipologia di procedure, l'U.O. Acquisti ritiene opportuno acquisire tre preventivi tranne che si tratti di articoli oggetto di produzione o commercializzazione esclusiva.

PREMESSA

Con DGR 2633/2011 "Regole di sistema" è stato stabilito che le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Agenzia Regionale Centrale Acquisti. Le Aziende sanitarie, pertanto, non potranno attivare procedure di acquisto relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione. Per gli acquisti non contemplati nei contratti/convenzioni stipulate da CONSIP e/o ARCA, le Aziende sanitarie dovranno procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata o come "azienda capofila", acquisendo i fabbisogni delle altre aziende, o come "azienda aggregata", fornendo i fabbisogni ad altra azienda capofila. A tal fine sono stati redatti gli scadenziari delle gare aggregate che vengono periodicamente aggiornati e inviati in Regione. I rapporti tra le varie aziende sanitarie sono regolati da "mandati di rappresentanza".

In caso disattivazione di acquisti autonomi, qualora gli stessi superino l'importo presunto di € 100.000,00 oltre IVA, viene data informazione alla Direzione Generale Sanità con evidenza delle motivazioni e della verificata impossibilità di ricorrere a forme di acquisto aggregate. Se entro 10 gg. lavorativi la DGS non fa pervenire alcuna obiezione, si può procedere alla predisposizione delle gare.

Nel rispetto delle corrispondenti tipologie di gara, a livello procedurale gli acquisti sono gestiti, se superiori a € 40.000,00 oltre IVA, tramite la piattaforma telematica SINTEL e se inferiori a € 40.000,00 oltre IVA tramite il modulo di e-procurement dell'Albo Fornitori (CSAmed).

Si ricorda che quest'ultima piattaforma è preferita a Sintel perché, interfacciandosi con il gestionale in uso, consente l'inoltro automatico dei relativi dati all'Osservatorio Regionale Acquisti.

In caso di procedure aggregate non vi è obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL.

SOTTOPROCESSO 1.2: PROCEDURA AD EVIDENZA PUBBLICA (APERTA E RISTRETTA)

PROCEDURE A EVIDENZA PUBBLICA
(APERTA E RISTRETTA)

Le Unità Operative inoltrano le richieste di acquisto beni/servizi all'U.O. Acquisti corredate da:

- Scheda tecnica contenente le caratteristiche tecniche se trattasi di acquisti di attrezzature scientifiche / tecnico economali e/o arredi
- Scheda tecnica contenente le indicazioni specifiche dei vari prodotti se trattasi di materiale di consumo
- Disciplinare / capitolato tecnico se trattasi di servizi.

L'U.O. Acquisti valuta le richieste pervenute, verifica la presenza della documentazione sopraindicata, accerta la disponibilità finanziaria presso l'U.O. Economico Finanziaria e, qualora l'importo di spesa previsto sia superiore ad € 200.000,00 + I.V.A., in conformità alla normativa vigente - D.Lgs. 163/06 e ss. mm. ed ii. viene predisposta la procedura ad evidenza pubblica:

- APERTA
- RISTRETTA

Come consentito dall'art. 85, comma 13, del Codice appalti l'U.O. Acquisti gestisce in maniera telematica le procedure di gara attraverso il modulo di e-procurement connesso all'Albo Fornitori o tramite la piattaforma telematica SINTEL.

Le procedure sono espletate nel rispetto dell'art. 77 del Codice appalti relativo alla trasmissione e ricezione elettronica delle offerte e delle domande di partecipazione nonché dei principi di trasparenza, semplificazione ed efficacia delle procedure previste dall'art. 295 del Regolamento attuativo del codice.

Per procedure gestite con CSAméd la segretezza delle offerte è assicurata mediante il rilascio di apposite credenziali (user ID e password) rilasciate dal sistema al momento dell'iscrizione all'Albo Fornitori e l'inviolabilità e la tempestività delle stesse è garantito da un sistema di marcatura temporale. Nell'ambito delle procedure vengono utilizzate la PEC e la firma digitale.

GARA APERTA

Tale procedura comporta l'espletamento delle seguenti attività:

-Predisposizione degli atti di gara composti da:

- Bando integrale di gara redatto in forma elettronica secondo il formato precisato nell'allegato X, punto 3, del D.Lgs. 163/06
- Bando di gara in versione per estratto
- Lettera di invito e capitolato
- Delibera di indizione della procedura e di approvazione degli atti di gara

-Preventiva richiesta all'Autorità di Vigilanza del Codice Identificativo Gara (CIG)

Richiesta al CIPE del Codice Unico di Progetto (CUP) nei casi previsti

-Successivamente all'adozione della delibera e alla conferma del codice CIG precedentemente richiesto, il bando in versione integrale viene pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, sul "profilo di committente" della stazione appaltante, sul sito informatico del Ministero delle Infrastrutture e sul sito informatico dell'Osservatorio Regionale. Le pubblicazioni sulla GURI e sulla GUUE vengono effettuate telematicamente per mezzo del portale Albo Fornitori.

-Il bando in versione per estratto viene pubblicato su due quotidiani a diffusione nazionale e su due quotidiani a maggiore diffusione locale.

-Tra la data di pubblicazione del bando di gara ed il termine per la ricezione delle offerte devono trascorrere non meno di 52 gg., che possono essere ridotti a 45 in virtù della trasmissione per via elettronica del bando e a 40 in virtù dell'accesso telematico ai documenti di gara.

-Il pagamento all'Autorità di Vigilanza del contributo sui contratti viene effettuato attraverso MAV quadrimestrali emessi dall'Autorità stessa. Successivamente alla scadenza dei termini per la presentazione delle offerte – caricamento sul sistema informatico - qualora la procedura preveda l'aggiudicazione in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa il Direttore Generale deve adottare il provvedimento deliberativo di nomina della Commissione Tecnica.

Espletamento della gara:

Il Seggio di Gara provvede al down load della "Documentazione amministrativa" caricata dalla ditte concorrenti sulla piattaforma telematica e alla verifica della stessa, al fine dell'ammissione al prosieguo della procedura.

Successivamente:

-in caso di aggiudicazione al minor prezzo il seggio di gara procede al down load dell'offerta economica delle ditte ammesse al prosieguo e viene individuata la ditta aggiudicataria;

-nell'ipotesi di aggiudicazione in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa la documentazione tecnica viene trasmessa alla commissione nominata che, in seduta riservata, valuterà la documentazione tecnica e attribuirà il punteggio tecnico;

-successivamente, il seggio di gara procede al caricamento sul sistema dei punteggi tecnici e al down load delle offerte economiche delle sole ditte ammesse al prosieguo, con contestuale "disabilitazione" delle non ammesse.

Delle attività sopra descritte viene redatto apposito verbale che viene messo a disposizione sul sistema;

-in base ai criteri di aggiudicazione stabiliti nella disciplina di gara viene individuata la ditta aggiudicataria;

-In sede di aggiudicazione occorre accertare l'eventuale anomalia delle offerte; qualora tale circostanza si verifichi si procede secondo la normativa vigente alla richiesta di "Giustificazioni" e si predispongono verbali che stabiliscono l'accettazione o meno delle stesse

-Alle ditte 1° e 2° classificata viene inoltrata richiesta di documentazione comprovante il possesso della capacità economico-finanziaria dalle stesse autocertificato. La documentazione deve pervenire pena l'esclusione entro 10 gg. dalla data della richiesta.

-Viene predisposto verbale di verifica della documentazione sopra indicata.

-Con provvedimento deliberativo adottato dal Direttore Generale viene disposto l'esito della procedura e approvato l'avviso relativo ai risultati della procedura, in versione integrale e per estratto

-Vengono predisposte le comunicazioni relative all'aggiudicazione secondo le tempistiche e le modalità previste dalla normativa da inviare alle ditte interessate; per le ditte non aggiudicatariene viene contestualmente disposto lo svincolo della cauzione provvisoria

-Copia del provvedimento deliberativo di esito viene inviato all'U.O. Affari Generali e Legali per documentazione antimafia

-Relativamente alla 1° e 2° classificata vengono predisposte:

- Verifica casellario giudiziario
- Verifica regolarità fiscale e contributiva
- Verifica dell'osservanza delle norme relative all'assunzione di disabili
- Verifica su casellario informatico (art. 38 m-bis)

-Di norma, stipula del contratto con la ditta aggiudicataria non prima di 35 gg. dalla data di invio dell'ultima comunicazione relativa all'aggiudicazione alle ditte e comunicazione entro 5 gg. dell'avvenuta stipula a tutte le altre ditte.

-Alla firma del contratto viene disposto lo svincolo della fidejussione provvisoria della ditta aggiudicataria contestualmente alla produzione da parte della stessa della fidejussione definitiva

-Comunicazioni ai richiedenti dei beni e/o servizi oggetto della procedura e, per mezzo della funzionalità presente nell'Albo Pretorio, agli uffici per gli adempimenti di competenza

-Viene predisposto l'iter per l'emissione dell'ordine di fornitura

-In caso di avvalimento trasmissione all'Autorità delle dichiarazioni di avvalimento di tutti gli afferenti

-Entro 30 gg. dalla delibera di esito si procede alla pubblicazione sul sito dell'Osservatorio Regionale dei Contratti

-Preso d'atto del contratto ai fini della comunicazione annuale all'Anagrafe Tributaria

-Entro 48 gg. dalla delibera di esito viene pubblicato l'avviso relativo ai risultati della procedura: in versione integrale sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana telematicamente tramite il portale Albo Fornitori, sul "profilo di committente" della stazione appaltante, sul sito informatico del Ministero delle Infrastrutture e sul sito informatico dell'Osservatorio Regionale. L'avviso in versione per estratto viene pubblicato su due quotidiani a diffusione nazionale e su due quotidiani a maggiore diffusione locale.

GARA RISTRETTA

(la piattaforma Sintel, a tutt'oggi, non gestisce questa tipologia di gara)

Tale procedura comporta l'espletamento delle seguenti attività:

- Predisposizione della delibera di indizione e di approvazione del:
 - Bando integrale di gara redatto in forma elettronica secondo il formato precisato nell'allegato X, punto 3, del D.Lgs. 163/06
 - Bando di gara in versione per estratto

con preventiva richiesta all'Autorità di Vigilanza Contratti Pubblici del Codice Identificativo di gara (CIG) e richiesta al CIPE del Codice Unico di progetto (CUP) nei casi previsti.

-Successivamente all'adozione della delibera il bando in versione integrale viene pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana telematicamente per mezzo del portale Albo Fornitori, sul "profilo di committente" della stazione appaltante, sul sito informatico del Ministero delle Infrastrutture e sul sito informatico dell'Osservatorio Regionale

-Il bando in versione per estratto viene pubblicato su due quotidiani a diffusione nazionale e su due quotidiani a maggiore diffusione locale

-Tra la data di pubblicazione del bando di gara ed il termine per la ricezione delle domande di partecipazione devono trascorrere non meno di 37 gg., che in virtù della trasmissione per via elettronica possono essere ridotti a 30.

-Successivamente alla scadenza dei termini per la presentazione delle domande di partecipazione viene effettuata una verifica interna della documentazione che le ditte hanno depositato sul portale Csamed per l'ammissione delle stesse con la predisposizione del relativo verbale.

-Vengono predisposti gli atti di gara: lettera di invito e capitolato

-Adozione da parte del Direttore Generale della delibera di ammissione delle ditte e di approvazione degli atti di gara

-Entro cinque giorni dall'adozione della delibera invio comunicazione alle ditte non ammesse con relativa motivazione

-Invio alle ditte ammesse della lettera di invito nella quale viene indicato il termine entro cui formulare offerta previa conferma del codice CIG precedentemente richiesto; tale termine non può essere inferiore a 40 giorni dalla data di invio delle lettere di invito che può essere ridotto a 35 in virtù dell'accesso telematico ai documenti di gara.

-Il pagamento all'Autorità di Vigilanza del contributo sui contratti viene effettuato attraverso MAV quadrimestrali emessi dall'Autorità stessa.

-Alla scadenza dei termini di presentazione delle offerte qualora la procedura preveda l'aggiudicazione in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa il Direttore Generale deve adottare il provvedimento deliberativo di nomina della Commissione Tecnica.

-Espletamento della gara:

-Il Seggio di Gara, in seduta pubblica, provvede al down load della "Documentazione amministrativa" e alla verifica di quanto in essa contenuto al fine dell'ammissione al prosieguo della procedura. Al 10% delle ditte che hanno presentato offerta, individuate tramite sorteggio automatico, viene inoltrata richiesta di documentazione comprovante il possesso della capacità economico-finanziaria dalle stesse dichiarato nella domanda di partecipazione. La documentazione deve pervenire pena l'esclusione entro 10 gg. dalla data della richiesta.

-Viene predisposto verbale di verifica della documentazione sopra indicata.

-Successivamente:

- la documentazione tecnica viene trasmessa alla commissione nominata che, in seduta riservata, valuterà la documentazione tecnica ed attribuirà il punteggio tecnico
- successivamente il seggio di gara procede a caricare sul sistema la valutazione tecnica e al down load delle offerte economiche delle sole ditte ammesse al prosieguo con disabilitazione delle non ammesse.
- in base ai criteri di aggiudicazione stabiliti nella disciplina di gara viene individuata la ditta aggiudicataria

- In sede di aggiudicazione occorre accertare l'eventuale anomalia delle offerte; qualora tale circostanza si verifichi si procede secondo la normativa vigente alla richiesta delle "Giustificazioni" e a predisporre verbale che stabilisce l'accettazione o meno delle stesse

-Alle ditte 1° e 2° classificata, qualora nessuna o una delle due non abbia già sostenuto tale verifica, viene inoltrata richiesta di documentazione comprovante il possesso della capacità economico-finanziaria dalle stesse dichiarato nella domanda di partecipazione. La documentazione deve pervenire pena l'esclusione entro 10 gg. dalla data della richiesta.

-Viene predisposto verbale di verifica della documentazione sopra indicata.

-Con provvedimento deliberativo adottato dal Direttore Generale viene disposto l'esito della procedura e approvato l'avviso relativo ai risultati della procedura, in versione integrale e per estratto

-Vengono predisposte le comunicazioni relative all'aggiudicazione che vengono inviate con le modalità e le tempistiche stabilite dalla normativa vigente; per le ditte non aggiudicatrici viene contestualmente disposto lo svincolo della cauzione provvisoria

-copia del provvedimento deliberativo di esito viene inviata all'U.O. Affari Generali e Legali per documentazione antimafia

-Relativamente alla 1° e 2° classificata vengono predisposte:

- Verifica casellario giudiziario
- Verifica regolarità fiscale e contributiva
- Verifica dell'osservanza delle norme relative all'assunzione di disabili
- Verifica su casellario informatico (art. 38 m-bis)

-Stipula del contratto con la ditta aggiudicataria non prima di 35 gg. dalla data di invio dell'ultima delle comunicazioni relative all'aggiudicazione alle ditte e comunicazione entro 5 gg. dell'avvenuta stipula a tutte le altre ditte.

-Alla firma del contratto viene disposto lo svincolo della fideiussione provvisoria della ditta aggiudicataria contestualmente alla produzione da parte della stessa della fideiussione definitiva

-Comunicazione ai richiedenti dei beni e/o servizi oggetto della procedura e per mezzo della funzionalità prevista sull'Albo Pretorio on line dell'Azienda agli uffici per gli adempimenti di competenza

-Viene predisposto l'iter per l'emissione dell'ordine di fornitura

-In caso di avvalimento trasmissione all'Autorità delle dichiarazioni di avvalimento di tutti gli afferenti

-Entro 30 gg. dalla delibera di esito predisporre la pubblicazione sul sito dell'Osservatorio Regionale dei Contratti pubblici

-Presa d'atto del contratto ai fini della comunicazione annuale all'Anagrafe Tributaria

-Entro 48 gg. dalla delibera di esito pubblicare l'avviso relativo ai risultati della procedura: l'avviso va pubblicato in versione integrale sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana telematicamente tramite il portale Albo Fornitori, sul "profilo di committente" della stazione appaltante, sul sito informatico del Ministero delle Infrastrutture e sul sito informatico dell'Osservatorio Regionale

-L'avviso in versione per estratto viene pubblicato su due quotidiani a diffusione nazionale e su due quotidiani a maggiore diffusione locale

SOTTOPROCESSO 1.3: " COTTIMO FIDUCIARIO "

Qualora l'acquisizione di beni e servizi comporti una spesa di importo compreso tra i 40.000,00 euro e 200.000,00 euro + I.V.A. viene predisposta la procedura di cottimo fiduciario in conformità al decreto legislativo 163 del 12.4.2006.

Le Unità Operative inoltrano le richieste di acquisto beni/servizi all'U.O. Acquisti corredate da:

-Scheda tecnica contenente le caratteristiche tecniche se trattasi di acquisti di attrezzature scientifiche / tecnico economali e/o arredi

-Scheda tecnica contenente le indicazioni specifiche dei vari prodotti se trattasi di materiale di consumo

-Disciplinare/capitolato tecnico se trattasi di servizi.

Per entrambi i casi viene chiesto all'autorità di vigilanza il Codice Identificativo Gara (CIG).

Anche le procedure sotto soglia sono gestite telematicamente attraverso il modulo di "e-procurement" dell'Albo Fornitori CSAMed e attraverso SINTEL che, sostanzialmente utilizza la stessa metodologia. SINTEL è la piattaforma informatica regionale tramite la quale gli enti registrati (l'Azienda Ospedaliera è regolarmente registrata alla stessa) possono effettuare procedure di affidamento.

L'U.O. utilizza, nel rispetto delle prescrizioni della Regione, la piattaforma SINTEL, e ove possibile la piattaforma dell'Albo Fornitori perché consente la trasmissione automatica dei dati richiesti dall'Osservatorio Acquisti/Gare Web, interfacciato con il gestione dell'Azienda.

Le offerte devono essere caricate sul sistema nei termini previsti nel timing/tempistiche di gara. Entro lo stesso termine l'Azienda Ospedaliera deve provvedere al pagamento all'autorità di vigilanza del contributo sui contratti se dovuto tramite MAV quadrimestrali emessi dall'autorità stessa.

In presenza del criterio di aggiudicazione secondo l'offerta economicamente più vantaggiosa, la documentazione tecnica presentata dalle ditte viene trasmessa ai richiedenti per l'attribuzione

del punteggio tecnico. Se trattasi di apparecchiature/attrezzature sanitarie l'attribuzione del punteggio viene fatta dai richiedenti congiuntamente con il Settore Biotecnologie .

Nell'ipotesi di aggiudicazione in base al minor prezzo, la documentazione tecnica viene trasmessa ai richiedenti per il giudizio di idoneità. Se trattasi di apparecchiature/attrezzature sanitarie il giudizio di idoneità viene espresso dai richiedenti congiuntamente con il Settore Biotecnologie.

Nel caso di offerta economicamente più vantaggiosa con conseguente attribuzione di punteggi gli stessi vengono caricati sul sistema; successivamente si procede al down load delle offerte economiche ed in automatico il sistema elabora la graduatoria di gara.

Se la fornitura è di importo pari o superiore a € 40.000,00+IVA e fino a € 100.000,00+IVA nella fascia di importo fino a € 50.000,00 + I.V.A. viene adottata la determina di esito.

Se la fornitura è di importo superiore a € 100.000,00+IVA. viene adottata la delibera di esito.

Il rapporto contrattuale con la ditta aggiudicataria si formalizza con l'invio della comunicazione di aggiudicazione.

Si predisporre l'iter per l'emissione dell'ordine di fornitura.

Invio delle lettere di esito alle altre ditte offerenti.

Invio della comunicazione di esito alle U.O. richiedenti il bene e/o servizio.

Invio copia del provvedimento di esito alle U.O. interessate all'acquisto tramite l'Albo Pretorio on-line.

Se l'importo di aggiudicazione per ciascuna ditta è superiore a 10.329,00 I.V.A. compresa predisporre dati ai fini della comunicazione annuale all'anagrafe tributaria.

Se l'importo è superiore ad € 40.000,00 + I.V.A. predisporre dati per sito osservatorio regionale contratti pubblici.

Se l'importo supera € 154.937,00 + I.V.A. inviare copia del provvedimento deliberativo agli Affari Generali e Legali per antimafia.

Sono eseguite tramite affidamento diretto le spese per beni e servizi di importo non superiore a € 40.000,00 + IVA.

Per importo oltre € 2.000,00+IVA e fino a € 20.000,00+IVA le procedure vengono espletate dall'U.O. Acquisti qualora gli altri Ordinatori di spesa non esercitino la facoltà di procedere direttamente.

Le Unità Operative formulano le richieste di:

-materiale di consumo e/o prestazioni di servizi occasionali mediante la compilazione dell'apposita modulistica (Mod. n. 09011824-383 – Buono di richiesta)

-richieste di beni di investimento (es. arredi – apparecchiature) mediante la compilazione dell'apposito modulo (Modulo per l'utilizzo del fondo dipartimentale di "investimenti in economia").

Si esaminano le richieste e si verifica:

- che i prodotti non rientrino in gare di magazzino
- che l'onere di spesa sia inferiore a € 40.000,00 + I.V.A. in conformità a quanto stabilito dall'art. 125 del D.Lgs. 1603/06 e smi.
- che ci sia la necessaria disponibilità di bilancio:
 - sul budget dell'U.O. per spese correnti
 - sui budget dei dipartimenti per le spese di investimento (mediante attestazione dell'U.O. Economico Finanziaria)

Verificato quanto sopra si imposta la procedura tramite la piattaforma telematica dell'Albo Fornitori:

1. se la richiesta è relativa ad articoli commercializzati in esclusiva o ad uso connesso od interdipendente si chiede offerta alla sola ditta in grado di fornire i prodotti utilizzando la "procedura preventivi" della piattaforma informatica.
2. se si tratta di prodotti non rientranti nella fattispecie suddetta si chiede preventivo di spesa ad un numero minimo di tre ditte valutando se sia necessario richiedere anche depliant o schede tecniche da sottoporre ai richiedenti per una corretta valutazione del prodotto offerto utilizzando la "procedura contrattazioni" della piattaforma informatica.

-Quando l'offerta è corredata da documentazione tecnica la stessa viene inviata al richiedente per l'acquisizione del parere di competenza

-Acquisito il parere ed esaminate le offerte economiche viene predisposto il prospetto comparativo dal quale si rileva la ditta aggiudicataria della fornitura.

-Vengono predisposte le lettere di esito sia alla ditta aggiudicataria che a quelle non aggiudicatarie.

-Viene predisposta comunicazione all'U.O. richiedente il bene ed agli uffici per gli adempimenti di competenza

-Viene predisposto l'iter per l'emissione dell'ordine di fornitura

-Se l'importo di aggiudicazione è superiore a 10.329,00 I.V.A. compresa predisporre dati per la comunicazione annuale all'anagrafe tributaria.

Al termine di ciascuna procedura d'acquisto espletata come specificato nei sottoprocessi nn. 2 - 3 - 4 - 5 viene individuato il o i fornitori. Si hanno più fornitori nel caso di procedure relative all'acquisto di più prodotti, appartenenti al medesimo codice trattativa che individua la categoria merceologica, per i quali è prevista l'aggiudicazione articolo per articolo. Ancora avremo più fornitori nell'ipotesi di procedura che prevede più lotti e nella quale è prevista l'aggiudicazione disgiunta per singolo lotto. Individuato il fornitore si procede all'emissione dell'ordine. Nel caso delle procedure per gli acquisti di cespiti o per gli acquisti che si concludono con l'emissione di un solo ordine lo stesso viene predisposto come segue:

- numero e data del provvedimento di esito della procedura;
- numero dell'impegno di spesa (finanziamento)
- fornitore con il codice fornitore assegnato
- descrizione del bene con relativo codice prodotto interno
- prezzo come determinato dagli atti di gara
- Eventuale termine di consegna
- Sede della consegna

Nel caso di acquisti che si ripetono nel corso di un periodo annuale (in genere prodotti economici ad uso ricorrente) prima della predisposizione dell'ordine, si compila la "SCHEDA DI ASSEGNAZIONE"

Nella scheda di assegnazione vengono riportati:

- Il numero e data del provvedimento di esito della procedura
- Il codice prodotto con relativa descrizione
- La quantità corrispondente al consumo previsto per il periodo annuale
- Le condizioni economiche offerte
- Il nome ed il codice del fornitore

La predisposizione dell'ordine si origina dalla scheda di assegnazione e viene completato con i termini di consegna e la sede della consegna. La "scheda di assegnazione" ha lo scopo di consentire a chi predisporre gli ordini di:

- inserire una sola volta i dati che compongono l'ordine, riducendo in tal modo il rischio di errori
- monitorare il quantitativo ordinato con il quantitativo in gara; elemento questo determinante in quanto lo splafonamento rispetto alla quantità in gara può comportare la mancata copertura finanziaria della spesa.

L'emissione dell'ordine determina l'insorgenza dell'obbligazione giuridica in capo all'Azienda Ospedaliera.

FUNZIONI COINVOLTE

Funzione 1: Direttore Struttura Acquisti Beni e Servizi¹

Funzione 2: Dirigente Amministrativo - ACQUISTI BENI E SERVIZI²

Funzione 3: Coord. Amm/vo di U.O. con Posizione Organizzativa³

Funzione 4: Collab. Amm/vo cat. D – Ds - ACQUISTI BENI E SERVIZI⁴

¹ Il Direttore Responsabile ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili nelle quantità e qualità necessarie, nel rispetto dei principi di eticità, legalità, efficienza, efficacia ed economicità. Afferiscono alla direzione dell'U.O. "Acquisto beni e servizi" le funzioni aziendali che garantiscono i flussi informativi verso i vari Osservatori Regionali.. L'attività relativa alla costituzione dei suddetti osservatori si colloca nell'ambito delle iniziative di monitoraggio e soprattutto di controllo dei costi per beni e servizi in Azienda. Risulta sinergica ad altre iniziative che hanno sviluppato forme d'acquisto telematiche (e-procurement) e costituito piattaforme d'acquisto (marketplace) con particolare riferimento agli acquisti di ambito sanitario. Responsabile Acquisto beni e servizi (Centro Unico Acquisti).

²Definisce con il Dirigente Responsabile gli obiettivi ed il piano delle attività, ne promuove e ne garantisce la realizzazione.

Collabora con il Dirigente Responsabile al coordinamento delle attività di struttura perseguendo la massima integrazione con le altre strutture dipartimentali e aziendali, l'ottimizzazione dell'organizzazione nonché l'uniforme applicazione di procedure comuni .

Collabora con il Dirigente Responsabile a tradurre a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatori e strategici aziendali e dipartimentali, anche con riferimento a nuove attività e modelli operativi autorizzati.

Nella gestione budget dell'U.O., partecipa alla definizione degli obiettivi qualitativi/quantitativi e dei criteri di verifica.

Collabora con il Responsabile per garantire l'attuazione del piano assicurazione di qualità dell'U.O.

Monitorizza il clima del gruppo, anche al fine di prevenire situazioni conflittuali, promuove modalità di collaborazione e di comunicazione efficaci, garantisce l'applicazione del sistema di valutazione aziendale, pianifica e negozia le esigenze formative dell'U.O., coordina l'attività del gruppo mediante l'utilizzo di protocolli e procedure, promuove e partecipa alla stesura di piani di lavoro.

Previa verifica dell'esistenza di convenzioni CONSIP, ARCA, collabora con il Responsabile della Struttura per:

- garantire la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'Azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili; segue, dal punto di vista operativo, la predisposizione di procedure di gara "sopra soglia comunitaria" relative forniture di beni e servizi e apparecchiature tecnico-sanitarie (intrattiene in particolare rapporti di collaborazione con i clienti interni/uttilizzatori /responsabili di funzioni aziendali coinvolte nel processo di acquisto ai fini della predisposizione degli atti di gara, cura la stesura di provvedimenti deliberativi e, per quanto di competenza della Struttura, dei verbali di gara e coordina tutti gli aspetti formali inerenti alla procedura stessa, dall'indizione alla stipula del contratto, nel rispetto della normativa vigente); relativamente agli appalti di lavori pubblici cura, sempre dal punto di vista operativo, il mero aspetto di correttezza procedurale.
- promuovere strategie di acquisto mediante lo studio dei mercati, dei prodotti e dei fornitori ricercando e sperimentando le modalità suggerite dalle indicazioni regionali. Intrattiene, dal punto di vista operativo, rapporti con le Aziende Sanitarie facenti parte dell'Associazione Provveditori Est Lombardia (AIPEL) per la gestione di procedure di acquisto aggregate e partecipa agli incontri del caso.
- valutare le politiche di acquisizione di beni e servizi e contribuire alla realizzazione dell'Albo Fornitori;
Segue l'aggiornamento di leggi e normative di settore ai fini della loro interpretazione e conseguente adeguamento delle procedure di acquisto alle modifiche intervenute nonché l'orientamento di dottrina e giurisprudenza in materia.

³ Promuove gli obiettivi e il piano di attività definiti dal Dirig. Responsabile e ne cura la realizzazione - è preposto al settore di attività relativo a tutte le procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi - ha il coordinamento delle attività e del personale della struttura – predisporre procedure di gara "sopra soglia comunitaria" relative a forniture di beni, servizi e apparecchiature tecnico sanitarie.

Gestione Risorse Umane

- Definire con il Responsabile di Struttura gli obiettivi e il piano delle attività, promuovere e garantirne la realizzazione;
- Collaborare con il Responsabile di Struttura a tradurre a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatori e strategici aziendali;
- Monitorare il clima del gruppo;
- Promuovere modalità di comunicazione efficaci;
- Garantire l'applicazione del sistema di valutazione aziendale;
- Assicurare l'applicazione della procedura aziendale di inserimento del personale neo-assunto;
- Pianificare e negoziare le esigenze formative dell'U.O.;
- Coordinare l'attività del gruppo mediante l'utilizzo di protocolli e procedure;
- Promuovere e partecipare alla stesura di piani di lavoro;

Specifici compiti e deleghe sono definiti nei singoli contratti individuali di conferimento della posizione organizzativa;

⁴ Nelle procedure di acquisto sopra e sotto soglia comunitaria. Istruisce e predisporre le procedure di gara assegnate e ne segue tutti gli aspetti formali – predisporre i flussi informativi verso i vari organismi in materia di procedure di gara

Funzione 5: Ass. Amm/vo cat. C⁵

Funzione 5: Coad Esp. cat. BS⁶

Funzione 6: Coad. Amm. B⁷

Funzione 7: Resp. Struttura tutti i Dipartimenti

(Funzione Interdipendente con Dipartimenti)

Funzione 8: Manutenzione Patrimonio – Settore Tecnologie Biomedicali

(Funzione Interdipendente con Manutenzione e Patrimonio – Dip. Amministrativo)

Funzione 9: Prevenzione Protezione Rischi⁸

(Funzione Interdipendente con Sicurezza sul Lavoro)

Funzione 10: Economico Finanziaria *(Funzione Interdipendente con Economico Finanziario – Dip. Amministrativo)*

Funzione 11: Direzione Strategica*(Funzione Interdipendente con Direzione Strategica)*

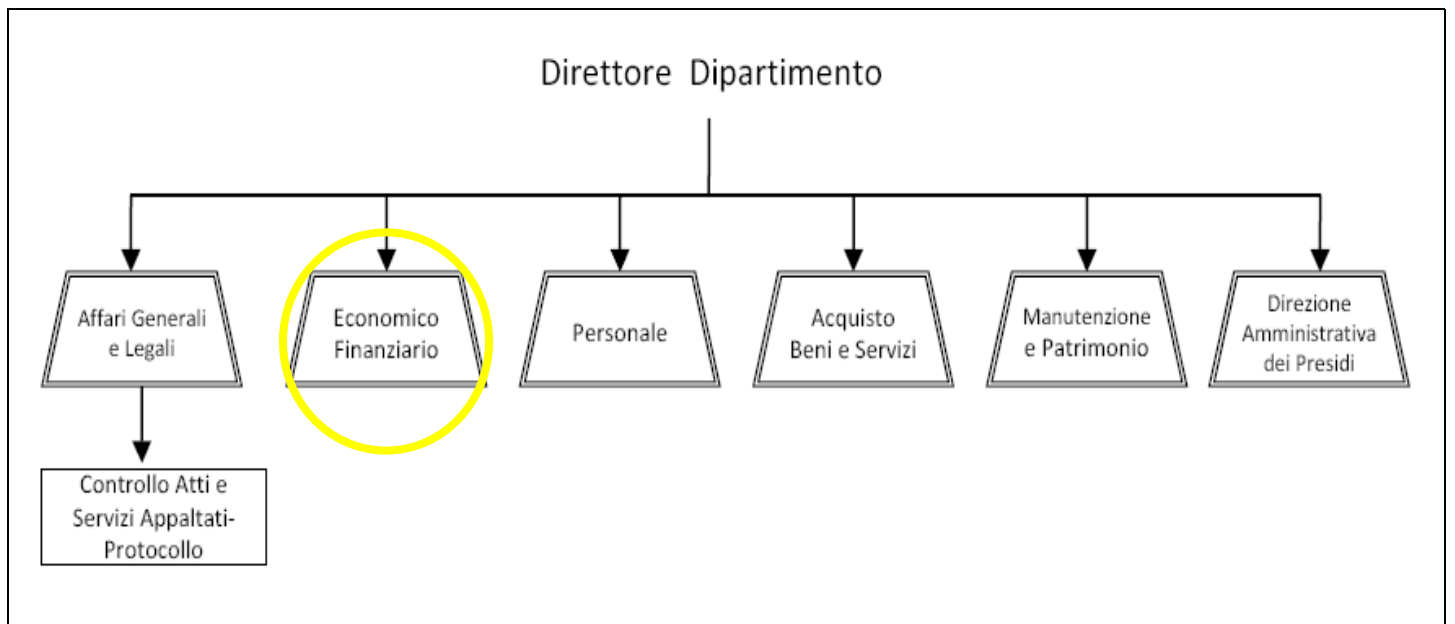
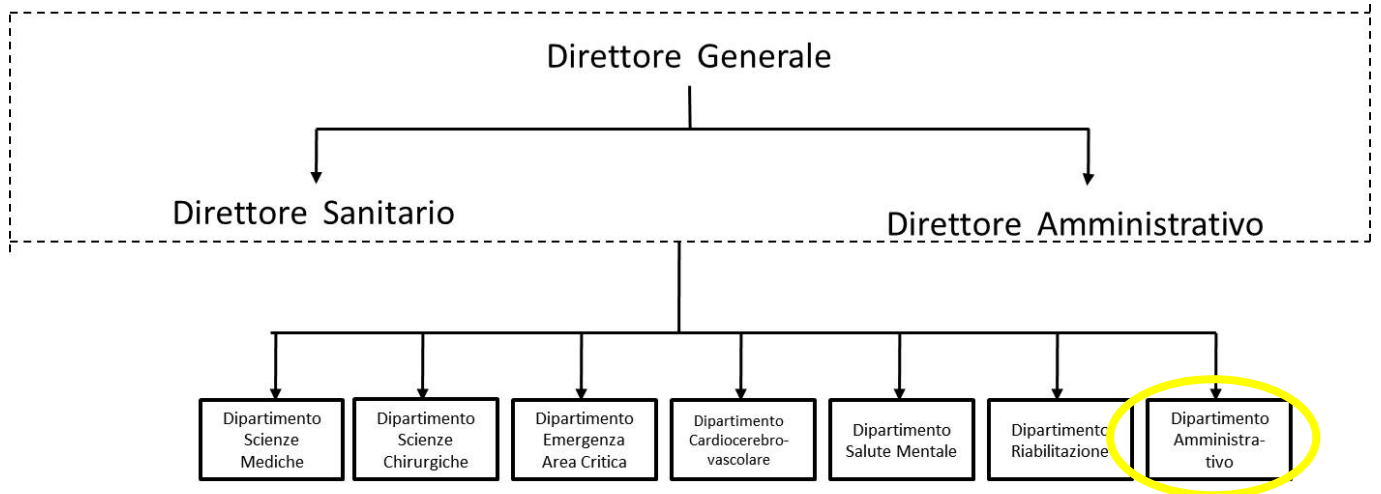
⁵ Nelle procedure di acquisto sotto soglia comunitaria Istruisce e predispone le procedure di gara assegnate (beni servizi) e ne segue tutti gli aspetti formali – predispone le rendicontazioni mensili – gestisce l'Albo Fornitori

⁶ Nelle procedure di acquisto sotto soglia comunitaria. Istruisce e predispone le procedure di acquisto e di gara assegnate (beni inventariali) e ne segue tutti gli aspetti formali. Negli affidamenti diretti. Istruisce e predispone le procedure di acquisto assegnate e ne segue tutti gli aspetti formali. Attività di segreteria

⁷ Negli affidamenti diretti. Istruisce e predispone le procedure di acquisto assegnate e ne segue tutti gli aspetti formali. Attività di segreteria gestisce l'Albo Fornitori

⁸ Produce Normative di sicurezza relative alla tipologia di acquisto.

Processo: GESTIONE CICLO PASSIVO



DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA
DIPARTIMENTO DI AFFERENZA: Dipartimento Amministrativo
STRUTTURA COMPLESSA: Economico Finanziaria

Responsabile:	Dr.Alessandro Cominelli
Poteri e deleghe:	Il Direttore ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'U.O. Poteri del Direttore Generali trasferiti con delega: Deliberazione 587/2005, Deliberazione 966/2003 e Deliberazione 348/12 P.O.A
Attività:	<p>S.C. ECONOMICO FINANZIARIO Competenze manageriali – Attività caratteristiche</p> <p>L'Unità Operativa Economico-Finanziario favorisce la programmazione e assicura la gestione economico-finanziaria dell'Azienda in coerenza con le scelte della Direzione Strategica, nel rispetto delle norme e dei principi contabili e secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, assicurandone il monitoraggio in corso d'anno. Traduce la programmazione annuale in termini economico-patrimoniali e finanziari anche mediante il governo e il controllo dei flussi economici e finanziari.</p> <p>Assicura la corretta rilevazione dei fatti gestionali e il controllo dei flussi contabili, nel rispetto dei principi contabili e della normativa nazionale e regionale vigente, con la finalità di elaborazione dei bilanci e di tenuta dei libri obbligatori di competenza.</p> <p>A tal fine l'Unità Operativa assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪l'elaborazione dei documenti di bilancio (preventivo - consuntivo); ▪l'elaborazione delle rendicontazioni trimestrali; ▪la gestione della contabilità generale e i raccordi con la contabilità analitica; ▪la rilevazione dei costi e dei ricavi aziendali ; ▪la verifica della compatibilità/disponibilità economica sui costi; ▪il controllo della liquidità aziendale e dei connessi flussi di cassa; ▪la gestione del rapporto con il servizio di tesoreria; ▪il rispetto degli adempimenti fiscali; ▪la gestione dei cespiti ammortizzabili e le connesse procedure di ammortamento. <p>L'Unità Operativa inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪provvede alla liquidazione delle fatture; ▪è responsabile delle attività di gestione liquidatoria per le ex USSL n. 51-53-23-24 poste in liquidazione dalla Regione ed il cui Commissario Liquidatore è stato individuato nel Direttore Generale "pro-tempore" dell'A.O. di Crema; ▪cogestisce delle attività di recupero crediti dell'Azienda Ospedaliera e delle gestioni liquidatorie assegnate all'Azienda; ▪in stretta collaborazione con la Direzione Aziendale, cura i rapporti con il Collegio Sindacale. <p>Grado di Autonomia Gestionale Numero addetti dedicati pesati: 11</p> <p>Responsabilità La struttura negozia il budget aziendale ed ha responsabilità sia di risultato che di spesa.</p>

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Il processo di Gestione del Ciclo Passivo ha come obiettivo la gestione di tutti gli ordini di approvvigionamento che si effettuano all'interno dell'Azienda Ospedaliera, con particolare riferimento alla gestione economico-finanziaria. Viene pertanto descritta l'intera catena del processo dalla richiesta dell'ordine alla fatturazione al fornitore.

Nell'ambito del processo di Gestione Economico Finanziaria, sono stati identificati e descritti i seguenti sotto-processi:

- Gestione dell'Impegno (Ordine - impegno);
- Gestione Fornitori (ordine – bolla);
- Gestione Fornitori (fattura);
- Gestione Fornitori (Liquidazione fattura);
- Gestione Fornitori (Pagamento fattura);
- Gestione Compensi a Terzi.



RIFERIMENTI:

- Principi contabili;
- Linee guida regionali;
- Procedura Gestione Budget Ordinatori di spesa;
- Regolamento contabilità (rif. B.0.a_1 della rilevazione straordinaria procedure amministrativo contabili);
- Procedure Aziendali (rif. B.9.3_1 della rilevazione straordinaria procedura amministrativo contabili);
- Regolamenti cassa;
- Protocollo operativo cessione del credito.

GESTIONE DEL CICLO PASSIVO

GESTIONE
DELL'IMPEGNO
(Ordine - Impegno)

SOTTOPROCESSO: GESTIONE DELL'IMPEGNO (ORDINE - IMPEGNO)

Vedasi procedura regolarizzazione dell'impegno (Procedure Aziendali: rif. B.9.3_1 della rilevazione straordinaria procedura amministrativo contabili, pag 22).

Il Referente del settore Rendicontazioni e Bilanci registra l'impegno provvisorio in relazione alla capacità di bilancio, tenuto conto del livello di costo dell'anno precedente; l'impegno diventa definitivo con la registrazione del numero di delibera o determina. Nel caso in cui l'iter procedurale, per motivi di urgenza, non venga rispettato, viene richiesto all'ordinatore di spesa la compilazione del modello e quindi la registrazione in contabilità.

Viene compilato il modulo e viene verificata la compatibilità con lo stanziamento di bilancio.

Le richieste di finanziamento potrebbero essere superiori alle reali necessità e/o potrebbero essere deliberati importi eccedenti i limiti di budget assegnato, creando quindi incompatibilità con il Bilancio. Al fine di evitare tali incompatibilità da alcuni anni l'azienda:

- procede al recupero delle economie di spesa mediante una più oculata gestione del budget assegnato con attribuzione trimestrale delle risorse.
- Confronta i dati di fabbisogno con i dati di effettiva spesa riscontrati al 31 dicembre dell'anno precedente. Il RSRB (responsabile di settore) richiede agli ordinatori di spesa la dimostrazione degli incrementi di spesa in relazione a intervenuti fattori esterni (aumenti dei prezzi, sopravvenute esigenze interne all'Azienda a seguito di nuovi processi organizzativi e/o introduzione di metodiche innovative, ecc.).
- Utilizza degli indicatori come obiettivi di budget correlati al sistema incentivante.
- procede ad una verifica trimestrale delle richieste (e delle variazioni intervenute) con blocco della spesa qualora non sostenibile nel budget complessivo dell'Ordinatore.

GESTIONE FORNITORI
(Ordine - Bolla)

SOTTOPROCESSO: GESTIONE FORNITORI (ORDINE - BOLLA)

Vedasi procedura mancata emissione dell'ordine (Procedure Aziendali: rif. B.9.3_1 della rilevazione straordinaria procedura amministrativo contabili, pag 22 & Regolamento contabilità: rif. B.0.a_1 della rilevazione straordinaria procedure amministrativo contabili, art. 24).

Pag. 4 di 10

Di norma per l'acquisizione di beni e servizi è prevista l'emissione di un ordine scritto. La mancata emissione dell'ordine scritto comporta la "regolarizzazione a posteriori" rispetto a:

- esecuzione della prestazione, del servizio ovvero della consegna del bene;
- ricevimento della fattura.

In questi casi il processo è invertito per cui deve limitarsi a casi sporadici ed eccezionali. E' possibile ricondurre a questa ipotesi gli interventi di manutenzione non programmata per la difficoltà di quantificare esattamente l'onere a carico dell'azienda. Tramite un'elaborazione che confronta la data di effettiva emissione dell'ordine con la data di registrazione stampata sull'ordine è riscontrabile il verificarsi o meno per cui è possibile intervenire nel caso in cui si verifichi l'anomalia procedurale. Inoltre la non conoscenza dell'obbligazione giuridica insorta con il fornitore crea la perdita degli automatismi nella rendicontazione trimestrale.

Un elemento essenziale dell'ordine è l'esatta quantificazione del prezzo pattuito derivante dai contratti sottoscritti dall'A.O. Per taluni prodotti in considerazione della possibilità di oscillazione del prezzo è possibile far riferimento a banche dati nazionali (CODIFA- SOCREFARMA-FARMADATI).

Nel caso in cui i prezzi esposti in fattura non trovano corrispondenza con l'ordine e con la documentazione agli atti dell'U.O. Economico Finanziaria, viene richiesto il controllo da parte dell'ordinatore di spesa, così come nel caso di non corrispondenza delle quantità.

L'ordinatore di spesa accerta l'entità del prezzo da riconoscersi al fornitore documentando con copia dell'offerta la tesi che dovrà essere sostenuta dall'azienda nei confronti del fornitore. L'U.O. Economico Finanziaria registra in contabilità l'attesa nota di debito o credito al fine di evitare rendicontazioni periodiche non corrette e conseguente perdita degli automatismi nella rendicontazione trimestrale.

Nel caso in cui il prezzo indicato nell'ordine non sia corrispondente al prezzo di contratto è necessario modificare il dato nella scheda prodotto nella contabilità di magazzino (con evidenziazione a partire dal prezzo lordo (prezzo al pubblico ivato) degli sconti riconosciuti in sede di gara) e quindi nell'ordine stesso.

Tutta la merce ricevuta (anche nel caso di merce da restituire) deve essere caricata a magazzino, con eventuale successiva emissione della bolla di reso nel caso di restituzione. Gli interventi di manutenzione e riparazione devono essere gestiti dal settore preposto nel senso che all'apertura della chiamata deve seguire la chiusura con acquisizione diretta della relativa documentazione (foglio di lavoro e quant'altro) necessaria per l'emissione dell'ordine nel caso in cui non sia possibile la quantificazione preventiva dell'intervento. Con la registrazione della bolla si effettua la registrazione del costo in CO.AN., tranne nella gestione di beni in comodato. La registrazione della bolla consente di gestire la competenza del costo, la determinazione delle fat-

Pag. 5 di 10

ture da ricevere nella rendicontazione di fine periodo (trimestrali, annuali, ecc.) e la presa in carico nella procedura di magazzino.

SOTTOPROCESSO: GESTIONE FORNITORI (FATTURA)

Tutte le fatture vengono registrate in contabilità generale entro 15 gg. dalla data di ricevimento (timbro apposto dall'Ufficio Protocollo sul retro del documento). La registrazione in CO.GE. assolve per quanto riguarda le fatture anche all'obbligo di registrazione IVA. Le fatture vengono annotate in un conto transitorio in attesa della liquidazione e del collegamento con la bolla. Per l'U.O. Manutenzione e Patrimonio le fatture vengono trasmesse al settore di competenza per la liquidazione e per acquisire tutta la documentazione attinente la fornitura di beni e servizi nonché i verbali di collaudo come previsto nella procedura cespiti. Le altre fatture corredate della documentazione prevista nella procedura di liquidazione delle fatture vengono liquidate dall'U.O. Economico Finanziaria che nell'ipotesi di discrepanze con i prezzi provvede a riscontrare le condizioni contrattuali e se del caso effettuare la correzione dei valori economici esposti nell'ordine oppure inoltrare alla ditta la richiesta di nota di credito. Nel caso in cui i prezzi esposti in fattura non trovino spiegazione perché non controllabili con la documentazione agli atti dell'U.O. Economico Finanziaria, viene richiesto il controllo da parte del settore interessato, così come nel caso di non corrispondenza delle quantità.

SOTTOPROCESSO: GESTIONE FORNITORI (LIQUIDAZIONE FATTURA)

La liquidazione delle fatture Fornitori è demandata all'U.O. Economico Finanziaria applicando il principio della diversificazione tra "controllore" e "controllato" in una logica di trasparenza e di riscontro documentale del processo di acquisizione e di verifica. Le fatture pervengono direttamente dal protocollo che appone sul retro la data di ricevimento. Gli addetti alla liquidazione, suddivisi per settore di provenienza archiviano le fatture in ordine alfabetico in attesa di assemblare la documentazione necessaria per la liquidazione di provenienza dai magazzini. La predetta documentazione di norma viene anticipata dai vari settori mentre per quanto riguarda l'U.O. Manutenzione e Patrimonio il controllo viene effettuato direttamente dal settore interessato dopo la registrazione della fattura nel conto transitorio. Alla registrazione delle fatture segue l'unione fisica dell'ordine e delle bolle, tra di loro già collegate ed archiviate in ordine alfabetico, con il riscontro sulla fatture del numero di DDT. Una prima verifica consente di rilevare la corrispondenza o meno del valore fatturato con la valorizzazione della bolla di presa in carico. Le fatture che non quadrano con la bolla vengono tenute in disparte per ulteriori approfondimenti. Le fatture quadrate invece vengono comunque controllate con particolare attenzione alla quantità consegnata e al prezzo esposto.

Pag. 6 di 10

Successivamente viene collegata la bolla alla fattura già presente nel sistema contabile e sostituito il conto transitorio con il conto definitivo per la registrazione del costo. L'archivio informatizzato delle bolle rappresenta lo stato di "bolla fatturata" consentendo quindi di rilevare le "fatture da ricevere". Periodicamente viene effettuato un ulteriore controllo "a campione" delle fatture "quadrate" sulla corrispondenza dei dati esposti sull'ordine e quindi sulla fattura rilevabili dalle delibere/determine di aggiudicazione. Il secondo raggruppamento di fatture che non hanno quadratura immediata con la bolla necessita di un approfondimento per individuare le cause di difformità. Il percorso è assimilabile a quello in precedenza descritto per il controllo a campione. Dall'approfondimento scaturisce la necessità di richiedere al fornitore una nota di variazione e quindi la registrazione extra contabile durante l'anno di attesa nota debito o credito, con trasformazione a fine anno in scritture contabili definitive.

SOTTOPROCESSO: GESTIONE FORNITORI (PAGAMENTO FATTURA)

Vedasi procedura modalità di pagamento (Procedure Aziendali: rif. B.9.3_1 della rilevazione straordinaria procedura amministrativo contabili, pag 2).

Emissione ordinativo di pagamento in relazione alle fatture scadute nel periodo considerato e riscontro con i documenti cartacei allegati allo stesso.

Identificazione delle fatture da pagare tramite Finlombarda ovvero direttamente dall'A.O. tramite il tesoriere.

Verifica dei codici IBAN per ciascuna forma di pagamento.

Stampa dei rispettivi ordinativi e ulteriore verifica della corrispondenza con la documentazione cartacea di riferimento. Invio telematico al tesoriere unitamente all'originale cartaceo debitamente firmato.

Rispetto protocollo "Cessione Credito".

SOTTOPROCESSO: GESTIONE COMPENSI A TERZI

In relazione alle esigenze dei vari settori di ricorrere ad incarichi professionali gli uffici preposti, nel rispetto dell'iter previsto circa la compatibilità di bilancio e dell'assunzione della delibera o determina, assumono l'iniziativa di attribuzione dell'incarico ad un professionista esterno il cui compenso deve necessariamente essere pattuito a priori.

Ad approvazione dell'incarico, il settore preposto provvede al conferimento con lettera dell'incarico professionale, richiedendo la sottoscrizione di apposito contratto se previsto, avendo cura di trasferire al professionista le informazioni relative alle prestazioni professionali richieste nonché al compenso pattuito.

Pag. 7 di 10

Limitatamente agli incarichi professionali dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio e della Direzione di Presidio, segue la procedura di emissione dell'ordine e quindi della bolla che certifica la prestazione avvenuta e l'attribuzione del costo al relativo centro di costo.

Gli incarichi professionali formalizzati dall'U.O. Personale vengono "liquidati" mediante la predisposizione di un prospetto con indicato il numero delle ore e il compenso pattuito e quindi l'importo complessivo da erogare, unitamente all'attestazione dell'avvenuta prestazione da parte del Responsabile del settore / servizio interessato. Le parcelle vengono caricate sull'impegno, con imputazione diretta al centro di costo in CO.AN.

Stessa procedura è prevista per le note proforma (avvocati, studi professionali, ecc.) che sono liquidate con specifico atto deliberativo e che vengono collegate successivamente alla corrispondente fattura definitiva una volta intervenuto il pagamento. Il professionista a fronte di una prestazione avvenuta presenta una nota proforma per ottenere il pagamento delle sue competenze. Il momento impositivo previsto dal DPR 633/72 è il pagamento della prestazione professionale per cui ad avvenuta riscossione della parcella il professionista è tenuto ad emettere regolare fattura.

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1: DIRETTORE/RESPONSABILE ECONOMICO FINANZIARIA¹

FUNZIONE 2: COORDINATORE AMMINISTRATIVO (titolare di posizione organizzativa)²

FUNZIONE 3: COLLABORATORE AMMINISTRATIVO (referente settore rendicontazione bilanci)³

¹ Autorizza la richiesta di spesa che viene effettuata dagli ordinatori.
Firma digitalmente il pagamento tramite Finlombarda.
Firma gli ordinativi di pagamento.

² Controlla la prenotazione dell'impegno, controlla la deliberazione/determinazione e controlla la regolarizzazione dell'impegno. Supervisiona la fase di controllo random dei prezzi indicati nell'ordine.

³ Competenze specifiche al processo: effettua la prenotazione dell'impegno, controlla la deliberazione/determinazione e controlla la regolarizzazione dell'impegno.

FUNZIONE 4: ASSISTENTE AMMINISTRATIVO (referente settore competenze al personale)⁴

FUNZIONE 5: COLLABORATORE AMMINISTRATIVO (referente settore gestione fornitori e L.F.)⁵

FUNZIONE 6: COAD./ASS. AMMINISTRATIVO - ECONOMICO FINANZIARIA⁶

FUNZIONE 8: RESPONSABILE AMMINISTRATIVO - ORDINATORE DI SPESA (Acquisti di Beni e Servizi, Manutenzione e Patrimonio, Farmacia, Direzione di presidio, SIA, Personale, Affari Generali e Legali, Formazione).⁷

FUNZIONE 9: COLL./COAD./ASS. AMMINISTRATIVO - ORDINATORE DI SPESA⁸

FUNZIONE 10: TESORIERE⁹

FUNZIONE 11: FINLOMBARDA¹⁰

⁴ Controlla la regolarizzazione dell'impegno. Controlla la lettera di incarico. Controlla l'emissione dell'ordine scritto. Controlla l'eventuale regolarizzazione a posteriori. Controlla la registrazione della bolla delle prestazioni effettuate. Controlla la ricezione documenti ordine-bolla, autorizza/esegue/controlla la registrazione di fatture-parcelle, autorizza/esegue/controlla la quadratura bolla-fattura/parcella, autorizza/esegue/controlla la liquidazione di fattura/parcella, emette ordinativi di pagamento (competenze e versamento IRPEF), autorizza/esegue/controlla la conferma dell'avvenuto pagamento, effettua la certificazione fiscale sostitutiva d'imposta.

⁵ Controlla l'emissione dell'ordine scritto, controlla la registrazione della bolla di presa in carico, autorizza la registrazione della fattura in conto transitorio, autorizza/esegue/controlla la quadratura bolla-fattura, autorizza e controlla l'eventuale nota addebito-accredito da ricevere, esegue un controllo a campione dei prezzi indicati nell'ordine, autorizza/esegue/controlla la liquidazione della fattura, autorizza/esegue/controlla la registrazione della fattura in conto definitivo, estrae e controlla le fatture in scadenza pagabili direttamente da A.O, estrae e controlla le fatture in scadenza di beni e servizi pagabili da Finlombarda, autorizza/esegue/controlla le cessioni di credito e verifica Equitalia per pagamenti superiori a 10.000 euro, invia e controlla i pagamenti delle fatture pagabili a Finlombarda, emette e controlla l'ordinativo di pagamento, conferma l'avvenuto pagamento.

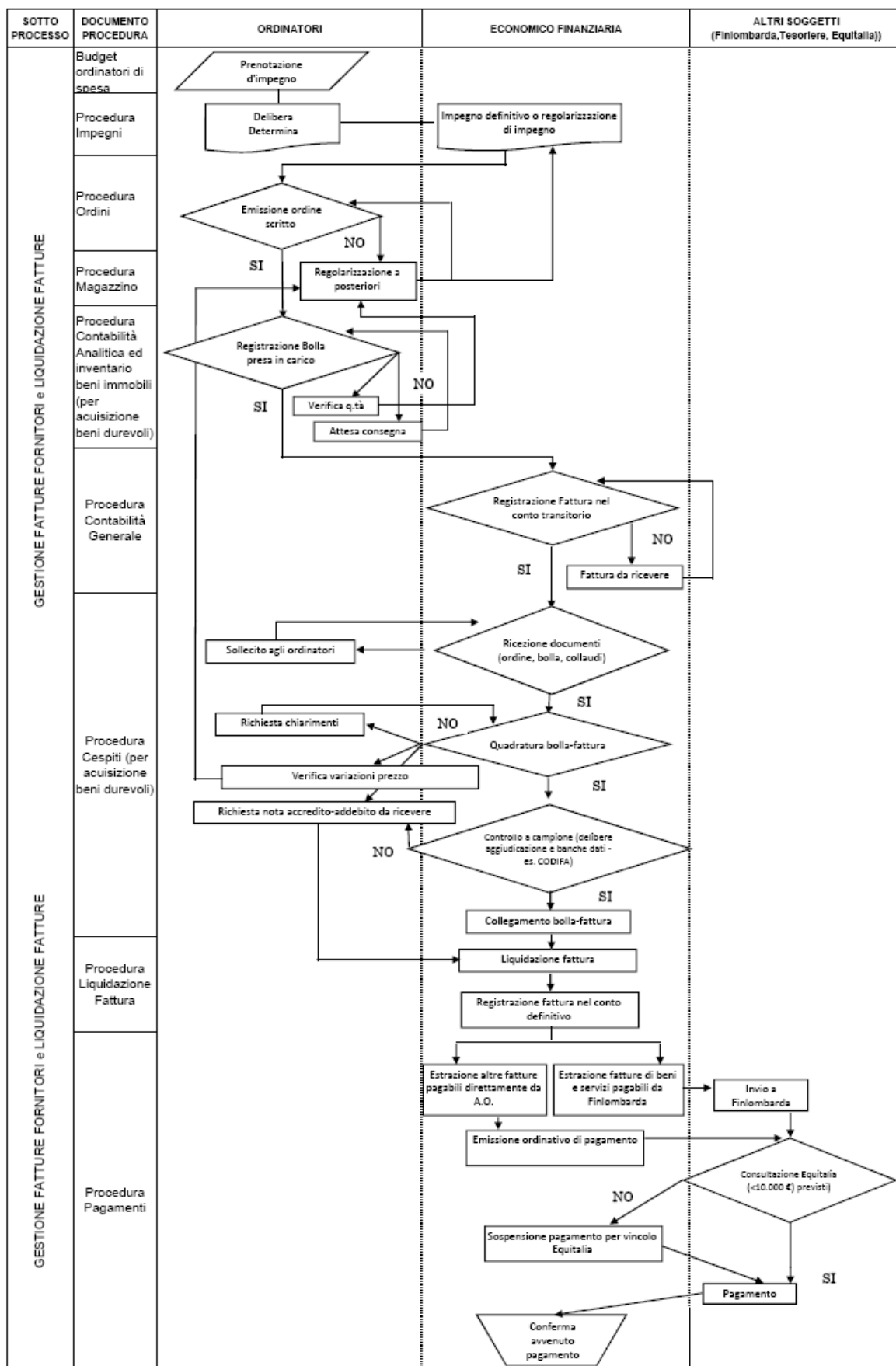
⁶ Esegue la registrazione della fattura in conto transitorio, esegue la quadratura bolla-fattura, esegue la richiesta di nota addebito-accredito da ricevere, esegue la liquidazione della fattura, esegue la registrazione della fattura in conto definitivo, esegue l'estrazione delle fatture in scadenza pagabili direttamente da A.O, esegue l'estrazione delle fatture in scadenza di beni e servizi pagabili da Finlombarda, esegue l'emissione dell'ordinativo di pagamento.

⁷ Autorizza l'emissione dell'ordine scritto, la registrazione della bolla di presa in carico. Autorizza l'adozione della delibera/determina, la lettera d'incarico, l'emissione ordine scritto, esegue l'eventuale regolarizzazione a posteriori, autorizza la registrazione della bolla delle prestazioni effettuate e autorizza la ricezione dei documenti ordine/bolla.

⁸ Esegue l'emissione dell'ordine scritto, la registrazione della bolla di presa in carico. Esegue l'adozione della delibera/determina, la lettera d'incarico, l'emissione ordine scritto, esegue l'eventuale regolarizzazione a posteriori, la registrazione della bolla delle prestazioni effettuate e riceve i documenti ordine/bolla.

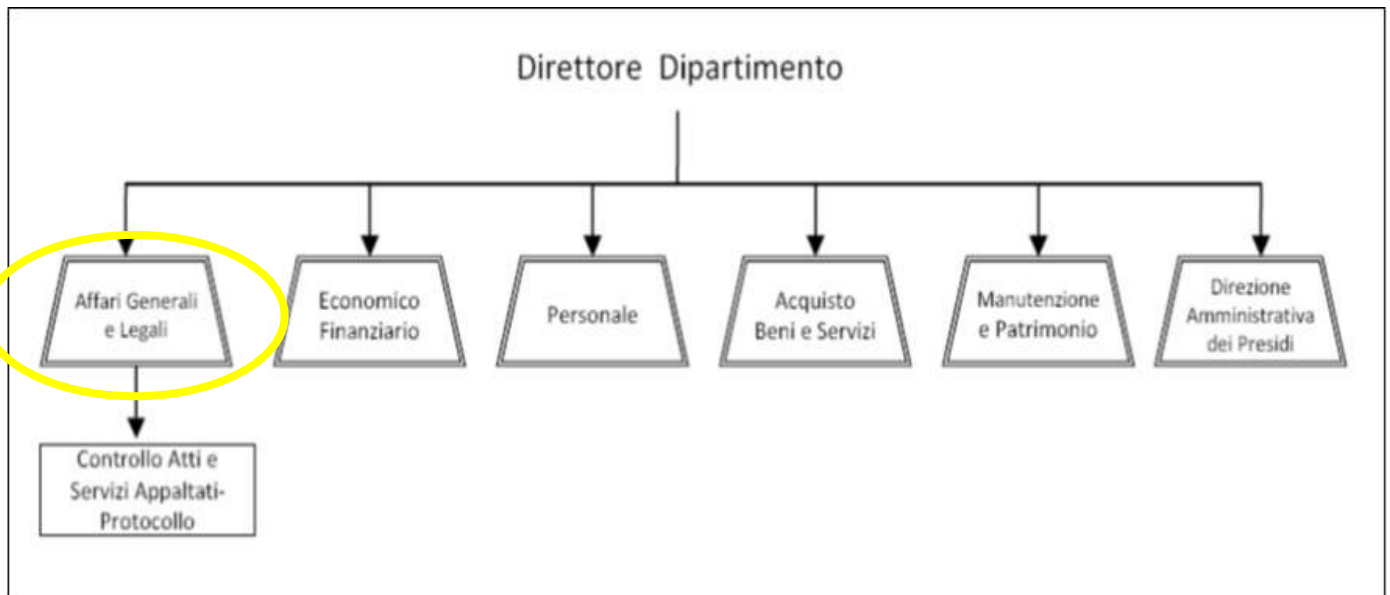
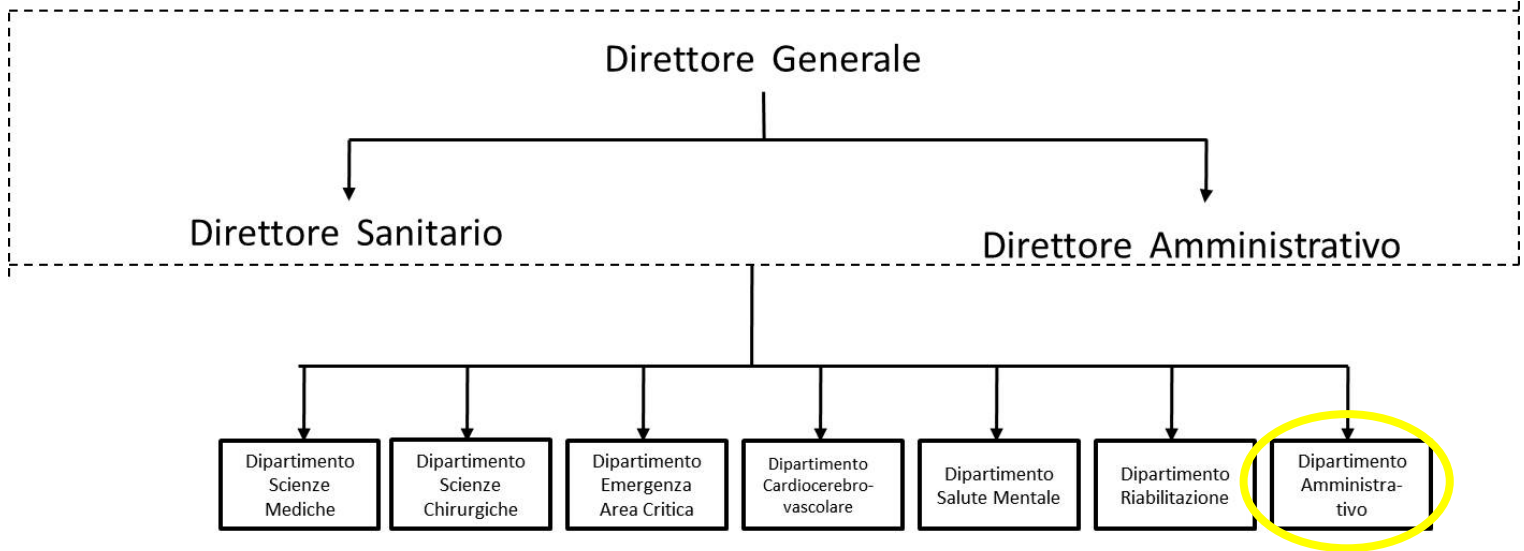
⁹ Esegue i pagamenti relativi alla gestione diretta previa verifica dei mandati di pagamento elaborati dall'A.O.

¹⁰ Esegue i pagamenti "centralizzati" in funzione dei mandati elettronici elaborati dall'A.O. e restituisce i flussi di avvenuto pagamento mediante scarico on line dei dati da regolarizzare



Processi Analizzati:

GESTIONE DEI PROCESSI ASSICURATIVI
GESTIONE DEL PROCESSO DI RECUPERO CREDITI
GESTIONE IN AUTOASSICURAZIONE INCIDENTI AUTOMEZZI DEI DIPENDENTI



DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA
DIPARTIMENTO DI AFFERENZA: Dipartimento Amministrativo
STRUTTURA COMPLESSA: Affari Generali Legali

Responsabile Dr. Sergio Pini

L'U.O. elabora e supporta le regole e gli strumenti operativi atti a garantire, trasversalmente all'organizzazione, legalità e correttezza dei processi amministrativi e degli istituti giuridici di rilevanza generale e degli aspetti legali in ambito aziendale.

Il Direttore ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'U.O. (Deliberazione n. 587/2005, Deliberazione n. 966/2003 e Deliberazione n. 348/2012 P.O.A.). Il Direttore ha l'incarico di responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) e coordina il Comitato di Valutazione Sinistri.

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

Competenze manageriali – Attività caratteristiche

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali elabora e supporta le regole e gli strumenti operativi atti a garantire, trasversalmente all'organizzazione, legalità e correttezza dei processi amministrativi e degli istituti giuridici di rilevanza generale e degli aspetti legali in ambito aziendale.

A tal fine l'Unità Operativa assicura:

la gestione della normativa in materia di privacy, costituendo il Centro Aziendale di competenza sulla materia;

la gestione del contenzioso civile, penale e amministrativo assicurando i rapporti con i legali esterni incaricati di rappresentare l'Azienda nelle diverse fasi di giudizio;

la gestione dei rapporti con le assicurazioni e il broker, provvedendo alle denunce e alla gestione dei sinistri assicurativi;

la cogestione delle attività di recupero crediti dell'Azienda Ospedaliera e delle gestioni liquidatorie assegnate all'Azienda;

l'esecuzione degli adempimenti previsti ex lege dal D.P.R. 03.06.1998 n. 252 in materia di Antimafia;

la stipulazione di atti e contratti non rientranti nelle specifiche competenze di altre aree (comodato d'uso, locazione di beni immobili nonché di beni mobili, donazioni, lasciti ed eredità, accordi gestionali, convenzioni, convenzioni per servizio civile volontario, etc.);

la fornitura di pareri legali a supporto dell'attività di altre aree.

Al Direttore dell'Unità Operativa è affidato l'incarico di responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

Grado di Autonomia Gestionale

Numero dirigenti dedicati: 2

Numero addetti del comparto dedicati: 7,11

Responsabilità

La struttura negozia il budget aziendale ed ha responsabilità sia di risultato che di spesa.

Il budget annuo assegnato si attesta indicativamente ad € 4.450.000,00.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

VALUTAZIONE GENERALE SULL'ESISTENZA DI FATTORI LIMITATIVI DEL RISCHIO

Pressoché tutte le attività dell'Area Affari Generali e Legali, **ed in particolare quelle da cui derivano oneri economici per l'Azienda**, si traducono in provvedimenti formali (delibere o determine) rispetto ai quali sono già presenti in Azienda i seguenti tipi di controlli di ordine sia preventivo sia post adozione, che si pongono da ostacolo alla commissione di reati:

Adozione Delibere:

- 1) Creazione dei fascicoli in cui confluisce tutta la documentazione attinente la pratica;
- 2) Pre-esame dei testi da adottare da parte del Responsabile di Dipartimento Amministrativo;
- 3) Controllo del Collegio Sindacale.

Adozione Determine:

- 1) Creazione dei fascicoli in cui confluisce tutta la documentazione attinente la pratica;
- 2) Successiva disamina delle determine da parte della Direzione Generale;
- 3) Controllo del Collegio Sindacale.

Il riferito quadro istituzionale consente di individuare come massimi momenti di rischio circa il verificarsi di ipotesi di fatti corruttivi quei tipi di procedimento caratterizzati da possibili scelte discrezionali in merito all' *an od al quantum*.

Si fa riferimento a procedimenti amministrativi assegnati in via esclusiva alla competenza della U.O. Affari Generali e Legali, ed in specifico:

- 1) Gestione delle polizze assicurative
- 2) Gestione recupero crediti
- 3) Gestione in autoassicurazione incidenti automezzi dei dipendenti

SOTTOPROCESSO 1.1: "GESTIONE DELLE POLIZZE ASSICURATIVE E DEI SINISTRI"

Le polizze in essere gestite dall'Ufficio Affari Generali e Legali sono la polizza RCT/O, la polizza all risks (furto-incendio), la polizza RCA, la polizza elettronica e la polizza infortuni. Il tasso di sinistrosità dei casi riferiti alle polizze differenti dalla polizza RCT è basso/marginale e, pertanto, il rischio di una mancata denuncia del sinistro risulta estremamente basso. Conseguentemente la procedura di gestione dei sinistri che si analizza si riferisce ai quelli relativi alla polizza RCT/O.

Denuncia dei Sinistri

Riferimenti:

1. "Regolamento per la gestione dei sinistri ed il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" adottato con delibera n. 101 dell'8 marzo 2012

2. Polizza assicurativa RCT/O vigente

3. Art. 2952 c.c.

Le richieste di risarcimento danni presentate da parte di pazienti, parenti degli stessi o legali, comunque indirizzate all' Azienda, vengono trasmesse ad AGL. Ai sensi della vigente polizza RCT/O per richiesta di risarcimento danni deve intendersi:

"ogni comunicazione con la quale il terzo manifesta all' Azienda l' intenzione di ritenerla responsabile dei danni subiti, oppure fa all' Azienda una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti".
E' equiparata alla richiesta di risarcimento del terzo il pervenimento di comunicazioni attinenti la promozione di indagini giudiziarie promosse contro dipendenti dell' Azienda o di atti di citazione in giudizio o di richieste di convocazione avanti l'organismo di mediazione presentata da un terzo. Pertanto la ricezione di comunicazioni o segnalazioni, anche interne, che non integrino le fattispecie sopra individuate, non darà luogo ad alcuna ipotesi di apertura del sinistro (denunce cautelative). In ragione del pervenimento di una richiesta di risarcimento AGL espleta i seguenti compiti relativi alle fasi dell' apertura del sinistro ed istruttoria.

- AGL valuta la richiesta con riferimento al momento in cui il sinistro è accaduto per verificare la eventuale ricaduta del medesimo nella copertura assicurativa garantita da polizze anteriori a quella in essere al fine di individuare il contratto di assicurazione su cui correttamente allocare il sinistro.
- Individuato il contratto assicurativo pertinente, AGL procede a valutare la procedibilità della richiesta con riferimento alla circostanza che la medesima non sia stata presentata in violazione delle norme sulla prescrizione che disciplinano il diritto ad ottenere il risarcimento del danno.
- Contestualmente AGL attiva uno specifico fascicolo attinente il sinistro e inserisce il medesimo in un elenco riepilogativo dei sinistri, a valenza annuale, la cui tenuta ed aggiornamento rientra nei suoi compiti.
- In particolare, in sede di iscrizione del sinistro nel menzionato elenco, vengono annotati i seguenti dati :
 - polizza assicurativa pertinente
 - danneggiato con numero sinistro
 - data di pervenimento della richiesta di risarcimento
 - importo liquidato **o eventuale altro esito**
 - importo riservato
 - unità operativa dove si è generato il sinistro
 - tipologia evento descrizione del fatto
 - spazio per i suggerimenti e per le azioni di miglioramento.

Il vigente contratto assicurativo RCT/O contempla l'Istituto della S.I.R. (Self Insured Retention) fissato in un valore di € 250.000,00.

La circostanza che la richiesta di risarcimento, come desumibile dai fatti esposti, sia pari o superiore a tale soglia influenza le successive fasi di denuncia e gestione del sinistro:

- i sinistri di importo pari o inferiore sono gestiti direttamente dall'Azienda con la collaborazione del Broker e del Loss Adjuster;
- i sinistri di importo superiore sono gestiti dalla Compagnia Assicurativa in collaborazione con gli organi Aziendali.

Fase di denuncia sinistri in SIR

AGL inoltra con raccomandata a/r, denuncia del sinistro in SIR esclusivamente al Broker (entro 30 giorni dall'arrivo della denuncia ad AGL – termine non perentorio) allegando alla medesima la richiesta di risarcimento pervenuta. La denuncia al Broker consente il caricamento del sinistro sul data-base regionale e l'affiancamento del Broker nella gestione del medesimo. Espletata la fase dell' apertura del sinistro, con apposita comunicazione AGL informa il richiedente (privato o relativo legale) che il medesimo sarà gestito direttamente dall'Azienda provvedendo al contempo, qualora tali informazioni non risultino dall' iniziale richiesta di risarcimento, a richiedere:

- la quantificazione dell' importo del danno di cui viene chiesto il risarcimento;
- la produzione di ogni documento utile ad oggettivare la quantificazione formulata (documenti sanitari in possesso del richiedente, relazione medico-legale di parte, certificazioni di spese sostenute, ecc.);
- il consenso privacy al trattamento dei dati personali e sensibili

In parallelo all' esecuzione degli adempimenti di cui al punto precedente, e comunque entro 3 giorni dal protocollo di arrivo, AGL fa richiesta, per sinistri derivanti da attività cliniche, alla Direzione Medica di Presidio di produrre la documentazione sanitaria del soggetto richiedente in n° 3 copie conformi; a sua volta, la Direzione Medica di Presidio richiede all' Unità operativa interessata una relazione clinica sul caso. La documentazione sanitaria e la relazione clinica dovranno essere trasmessi a AGL entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta. In caso di sinistri di altra natura (cadute, danneggiamenti e/o furti di beni dei pazienti, ecc.), AGL richiede una relazione a tutte le Unità operative (Unità/servizi sanitari, Ufficio Tecnico, Economato, ecc.) in grado di fornire elementi utili per una corretta valutazione del sinistro e dei fattori causali che lo hanno determinato. Al contempo AGL trasmette copia delle richieste di risarcimento al Servizio di Ascolto e Mediazione aziendale per le valutazioni di competenza. Il termine per l'esecuzione degli adempimenti di cui sopra è stabilito in 40 giorni dalla data di ricezione della richiesta di risarcimento ad AGL (protocollo di arrivo). L' intera documentazione raccolta in seguito alle richieste formulate alle varie parti richiamate nei punti precedenti viene trasmessa al broker nonché inviata al Responsabile Aziendale della Qualità, al Consulente Medico Legale ed al Risk Manager, quali componenti del Comitato di Valutazioni Sinistri, entro

7 giorni dal suo completamento. In particolare il Consulente Medico Legale si fa carico, procedendo in accordo con l'Azienda di espletare, ove occorra una visita medico-legale del richiedente e di stendere per ogni sinistro, entro 2 mesi da quando investito dell'analisi del medesimo, una specifica relazione che sarà poi oggetto di discussione collegiale nella seduta del Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Le riunioni del suddetto organo si terranno con periodicità idonea a soddisfare la chiusura dei sinistri entro il termine di 6 mesi stabilito e comunque almeno una volta ogni trimestre.

Fase di denuncia Sinistri fuori SIR
AGL inoltra, con raccomandata a/r, denuncia del sinistro alla Compagnia Assicuratrice ed al Broker (entro 30 giorni dall'arrivo della denuncia ad AGL – termine non perentorio) allegando alla medesima la richiesta di risarcimento pervenuta. La suddetta modalità operativa viene eseguita anche nel caso in cui vi sia incertezza se il sinistro sia o non sia in SIR per evitare a priori il pericolo di scoperti assicurativi. Espletata la fase dell' apertura del sinistro, con apposita comunicazione AGL informa il richiedente (privato o relativo legale) dell' avvenuta denuncia del sinistro comunicando gli estremi identificativi dell'Istituto Assicuratore preposto alla gestione del medesimo, provvedendo al contempo, qualora tali informazioni non risultino dall' iniziale richiesta di risarcimento, a richiedere:

- la quantificazione dell' importo del danno di cui viene chiesto il risarcimento;
- la produzione di ogni documento utile ad oggettivare la quantificazione formulata (documenti sanitari in possesso del richiedente, relazione medico-legale di parte, certificazioni di spese sostenute, ecc.).
- il consenso privacy al trattamento dei dati personali e sensibili

In parallelo all' esecuzione degli adempimenti di cui al punto precedente, e comunque entro 3 giorni dal protocollo di arrivo, AGL fa richiesta, per sinistri derivanti da attività cliniche, alla Direzione Medica di Presidio di produrre copia della documentazione sanitaria del soggetto richiedente in n° 3 copie conformi e, con il coinvolgimento del Responsabile e del personale sanitario dell' Unità operativa interessata al sinistro, una relazione clinica sul caso. La documentazione sanitaria e la relazione clinica dovranno essere trasmessi a AGL entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta. In caso di sinistri di altra natura (cadute, danneggiamenti e/o furti di beni dei pazienti, ecc.), AGL richiede una relazione a tutte le Unità operative (Unità/servizi sanitari, Ufficio Tecnico, Economato, ecc.) in grado di fornire elementi utili per una corretta valutazione del sinistro e dei fattori causali che lo hanno determinato. Al contempo AGL trasmette copia delle richieste di risarcimento al Servizio di Ascolto e Mediazione aziendale per le valutazioni di competenza. Il termine per l'esecuzione degli adempimenti di cui precedenti è stabilito in 40 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di risarcimento ad AGL. Nella ipotesi in cui la richiesta di risarcimento sia stata formulata in solido nei confronti sia dell'Azienda Ospedaliera sia di un suo dipendente, qualora pervenga richiesta in tal senso da parte dell' Istituto Assicuratore, AGL provvede a richiedere ai sanitari coinvolti i dati relativi all' esistenza di polizze assicurative personali ai sensi dell' art. 1910 c.c. . L' intera documentazione raccolta in seguito alle richieste formulate alle varie parti richiamate nei punti precedenti viene trasmessa all'Istituto Assicuratore tramite broker nonché inviata al Responsabile della Direzione Medica di Presidio anche nella sua veste di Responsabile Aziendale della Qualità, al Consulente Medico Legale ed al Risk Manager, quali componenti del

Comitato di Valutazioni Sinistri, entro 7 giorni dal suo completamento. In funzione degli accordi stipulati competerà all'assicuratore di far sottoporre il soggetto reclamante a visita medico legale presso un proprio fiduciario che sarà tenuto a redigere una relazione sul caso entro il termine di 2 mesi. Nel rispetto del medesimo termine anche il Consulente Medico Legale dell'Azienda produrrà una propria relazione *sugli atti*. I suddetti documenti formeranno la base della discussione del sinistro in sede di CVS. Ove ne ravvisi l'opportunità il CVS può disporre la ripetizione della visita medico legale del danneggiato presso il consulente medico legale dell'Azienda al fine di avere un ulteriore elemento di valutazione e confronto del sinistro rispetto a quello prospettato dal consulente fiduciario dell'assicurazione.

Liquidazione sinistri in SIR

AGL, con il supporto del Loss Adjuster (8), espleta la trattativa con la controparte nel rispetto dei limiti di valore fissati dal CVS, per verificare la stipulabilità di una transazione.

Gli esiti di tale attività vengono comunicati al CVS cui compete la funzione di autorizzare la stipula delle transazioni.

Solo per i casi urgenti e da chiudersi con rapidità, pena il venir meno dell'accordo raggiunto, l'autorizzazione può essere data dalla Direzione Aziendale di concerto con il Responsabile AGL, salvo poi riferirne alla prima occasione utile al CVS.

Ad intervenuta transazione l'Azienda procede su proposta di AGL ad adottare un formale atto deliberativo con il quale viene disposta l'approvazione della transazione.

L'Azienda, previa sottoscrizione di idonea quietanza liberatoria, provvede quindi a risarcire il sinistro pagando direttamente alla controparte l'importo definito in sede di transazione dandone comunicazione al broker ai fini di un costante aggiornamento dello stato dei sinistri e di una corretta implementazione del relativo data-base regionale.

Dell'avvenuta liquidazione viene data comunicazione al CVS nella prima successiva seduta.

Qualora la transazione non riesca, il sinistro rimane quiescente fino ad ulteriore iniziativa della controparte che porti a riaprire l'iter di gestione del sinistro.

Liquidazione sinistri fuori SIR

L'Istituto Assicuratore comunica al CVS gli esiti dei tentativi di transazione condotti nei confronti della controparte, fornendo adeguata documentazione attestante :

- l'entità economica delle richieste della controparte ;

- l'entità di quanto offerto a tacitazione delle suddette richieste

- l'esito finale della trattativa.

La competenza ad autorizzare la stipula delle transazioni è propria del CVS.

Solo per i casi urgenti e da chiudersi con rapidità, pena il venir meno dell'accordo raggiunto, l'autorizzazione può essere data dalla Direzione Aziendale di concerto con il Responsabile AGL, salvo poi riferirne alla prima occasione utile al CVS.

In caso di transazione riuscita :

- a) se trattasi di sinistro rientrante nella franchigia, AGL procede alla sottoscrizione delle quietanze liberatorie ed alla formale stipula della transazione, dopo di che l' Azienda, su proposta di AGL, adotta un formale atto deliberativo con il quale viene disposta l' approvazione della transazione medesima.

L' Azienda provvede quindi a risarcire il sinistro pagando direttamente alla controparte l' importo definito in sede di transazione e dandone opportuna comunicazione all' Istituto Assicurativo e al Broker.

AGL si fa carico di aggiornare il valore complessivo dei sinistri in franchigia di volta in volta pagati fino alla concorrenza del valore annuo della medesima stabilito dalla polizza per ciascun anno assicurativo al fine di non dare luogo ad esborsi che superino tale valore.

- b) Qualora viceversa il sinistro da liquidarsi non rientri più nei limiti della franchigia e sia a totale carico dell' Assicuratore, questi procede in proprio alla stipula della transazione ed alla liquidazione del medesimo ed al suo pagamento dandone comunicazione all'Azienda ed al Broker.

L'impossibilità di un accordo con la controparte determina la quiescenza del sinistro fino ad ulteriori iniziative della medesima che porti a riaprire l'iter di gestione del sinistro.

La componente principale ed economicamente più rilevante dei crediti di cui l'Azienda risulta titolare è quella riferita all'Area dell'evasione del pagamento del ticket sulle prestazioni usufruite in ambito ambulatoriale.

Per fare fronte a questo fenomeno e tenuto conto dell'elevato numero delle infrazioni l'Azienda Ospedaliera sta per stipulare un accordo con la Società Poste Italiane che si farà carico di notificare agli utenti una ingiunzione di pagamento il cui format è stato predefinito di comune accordo ed in cui i dati riferibili al singolo utente vengono recuperati per via informatica

direttamente dai files di gestione delle prenotazioni sanitarie e della relativa gestione finanziaria presenti in Azienda.

La previsione di questo strumento riduce il campo delle situazioni di recupero credito che per le loro intrinseche caratteristiche richiedono una procedura di recupero specifica, in ordine alla quale troverà applicazione la sotto descritta procedura.

Riferimenti:

1. Deliberazione n. 966 del 30.12.2003 "Approvazione del regolamento di disciplina del procedimento di adozione delle deliberazioni e determinazioni. Contestuale individuazione delle materie rientranti nelle competenze dei singoli dirigenti Responsabili di Unità Operativa";
2. Deliberazione n. 587 del 29.12.2005 "Strutture e uffici afferenti all'Area della Direzione Aziendale e all'Area Staff – Definizione delle aree di responsabilità e di competenza"
3. Regio Decreto n. 639 del 14.04.1910, D.P.R. n. 602 del 29.09.1973, Legge Delega n. 337 del 28.09.1998 e D.Lgs. n. 37 del 22.02.1999, n. 46 del 26.02.1999 e n. 122 del 13.04.1999 e successive integrazioni riguardanti la riscossione delle entrate dello Stato e degli Enti Pubblici.
4. Regolamento sul recupero crediti adottato con deliberazione n.392 del 27 agosto 2009 e modificato con delibera n. 123 del 4 marzo 2010

Decorsi 30 giorni dall'invio ad un debitore della prima lettera di sollecito senza avvenuto pagamento, l'Area Economico Finanziaria trasmette la pratica relativa al credito insoluto all'Area Affari Generali e Legali che procede con l'invio di una formale ingiunzione di pagamento al debitore, intimando il pagamento entro il termine di 30 giorni, a firma del Direttore Generale e notificata al debitore. La notifica dell'ingiunzione avviene tramite servizio postale con raccomandata A.R. in quanto finalizzata, in caso di mancato pagamento e di mancata impugnazione, a costituire il presupposto all'iscrizione a ruolo del debito insoluto.

Nell'ingiunzione, oltre alla specificazione della natura e dell'importo del credito, dovrà essere precisata al debitore la possibilità di impugnare l'ingiunzione dinanzi al Giudice di Pace o al Tribunale territorialmente competenti organo individuato, in funzione dell'entità del credito perseguito, ed i relativi termini di impugnazione.

Il decorso del termine di 30 giorni senza che sia intervenuto il soddisfacimento del credito o sia stata proposta opposizione all'atto di Ingiunzione legittima l'Azienda Ospedaliera ad eseguire l'iscrizione a ruolo tramite l'Area Economico Finanziaria del proprio credito ed a provvedere al recupero coattivo del dovuto per il tramite della Società Equitalia Nord Spa.

Gestione in autoassicurazione incidenti automezzi dei dipendenti

Il raffronto fra la spesa annua sostenuta per la gestione in autoassicurazione dei danni derivanti a mezzi dei dipendenti utilizzati per motivi di servizio ed il costo di una polizza “ KASKO “ ha evidenziato la maggiore economicità del regime della autoassicurazione.

La materia è regolamentata attraverso l’ adozione di una specifica modulistica.

- modulo preventivo di segnalazione degli estremi dell’ automezzo privato utilizzabile per motivi di servizio (da parte del personale soggetto a tale evenienza);
- modulo di autocertificazione e di descrizione, redatto dal dipendente, del sinistro patito e dei danni riportati di cui viene chiesto il risarcimento;
- modulo a firma del Responsabile dell’ Unità Operativa che certifica che il sinistro si è verificato in occasione di servizio;

PROCEDURA

Il soggetto che mentre utilizza il proprio automezzo per ragioni di servizio rimane vittima di un sinistro che determini danni al veicolo, ne dà notizia all’ U.O. AGL mediante inoltro dell’ apposito modulo.

AGL provvede :

- a farsi confermare dal Responsabile di struttura la ragione di servizio per cui è stata utilizzata la vettura;
- a verificare che al momento del sinistro il soggetto risulti sotto timbratura;
- ad indirizzare il dipendente presso la carrozzeria/officina convenzionata con l’ Ente per la predisposizione di un preventivo di riparazione che gli viene direttamente trasmesso.

Nel caso i preventivi controlli eseguiti confermino l’ esistenza delle prescritte condizioni, AGL fa sottoscrivere al dipendente interessato a tacitazione di ogni pretesa risarcitoria una quietanza per il valore del costo di intervento preventivato.

Soddisfatta anche questa condizione, AGL adotta una formale **determina** con cui liquida a favore del dipendente la somma concordata, somma che gli verrà corrisposta in sede di pagamento dello stipendio.

PROCESSO: Affari Generali Legali

FUNZIONI COINVOLTE

Funzione 1: Direttore Affari Generali Legali¹

Funzione 2: Collaboratore Amministrativo categoria D – Affari Generali e Legali²

2

Con riferimento a

Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicuratriche e dei Sinistri

Tratta l'operatività dei rapporti con il broker aziendale.

Gestione della pratica, istruzione e predisposizione:

- procedure di denuncia e gestione del sinistro;
- materiali necessari per le sedute del Comitato Valutazione Sinistri.

Gestione dei sinistri e delle richieste di risarcimento; organizzazione della raccolta di informazioni; redige i verbali del Comitato Valutazione Sinistri. Gestisce la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) con l'utilizzo di attrezzature (PC, telefono, fax...), SW applicativi, sistema posta e/o comunicazioni.. Analizza leggi e normativa valutando i relativi utilizzi e curando la diffusione ai reparti/servizi interessati. Interpreta la normativa, le informazioni provenienti da fonti diverse e le traduce in indicazioni corrette. Redige provvedimenti (delibere, lettere, verbali, convenzioni) ed attua gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti. Applica le procedure previste che sa spiegare e motivare all'utente. Trasforma informazione tecniche in rapporti brevi e comprensibili, fa schemi partendo dalle diverse informazioni.

Con riferimento a Sottoprocesso 1.2: Recupero Crediti

Responsabile del procedimento
Esecuzione delle attività di ricerca di dati necessari per l'avvio di richieste di pagamenti o ingiunzioni di pagamento quali l'indirizzo del debitore, il luogo e la data di nascita, il codice fiscale. Cura la formale notifica dell'ingiunzione di pagamento, a firma del Direttore Generale, al debitore. Predisposizione della stesura di tali atti.

Con riferimento a sottoprocesso 1.3: gestione sinistri automezzi dipendenti in autoassicurazione

¹ Con riferimento a

Sottoprocesso 1.1: Gestione della Polizza Assicurativa RCT/O

Direttore Responsabile dell'Area Affari Generali e Legali (Responsabile del procedimento) :

- Responsabile della regolare denuncia e gestione dei sinistri sulla polizza.
- Assunzione decisioni in merito al corretto iter della pratica.

- Valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, di eventuali responsabilità; Valutazione delle tipologie e delle entità dei danni; contributo alla definizione della politica di copertura aziendale.

- Elabora e supporta le regole e gli strumenti operativi atti a garantire, trasversalmente all'organizzazione, legalità e correttezza dei processi amministrativi e degli istituti giuridici di rilevanza generale e degli aspetti legali in ambito aziendale. Gestisce i rapporti con il broker aziendale. Coordina il Comitato di Valutazione

Sottoprocesso 1.2: Recupero Crediti

- Individuazione della natura del credito e del relativo termine di prescrizione; Assunzione decisioni in merito al corretto iter della pratica.
- Elabora e supporta le regole e gli strumenti operativi atti a garantire, trasversalmente all'organizzazione, legalità e correttezza dei processi amministrativi e degli istituti giuridici di rilevanza generale e degli aspetti legali in ambito aziendale.

Con riferimento a

Sottoprocesso 1.3: gestione sinistri automezzi dipendenti in autoassicurazione

Assume le decisioni critiche un merito alla evoluzione della pratica.

2

Tratta la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) con l'utilizzo di attrezzature (PC, telefono, fax...). Compie gli accertamenti istruttori e predispone il testo della determina.

Funzione 3: Assistente Amministrativo categoria C – Affari Generali e Legali³

3

Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri
Sottoprocesso 1.2: Recupero Crediti
sottoprocesso 1.3: gestione sinistri automezzi dipendenti in autoassicurazione

Supporta sia il Responsabile del procedimento sia il Responsabile della pratica svolgendo i singoli compiti che le vengono assegnati.

Funzione 4: Comitato Valutazione Sinistri⁴

(Organo Interno, operante per la sola liquidazione dei sinistri RCT/O)

4

Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri

Valuta la fondatezza delle richieste di risarcimento ed il sussistere di responsabilità aziendali. Stabilisce l'entità del danno da liquidare. Contribuisce alla definizione della politica aziendale di copertura dei rischi.

Funzione 5: Consulente Medico Legale (Professionista Esterno, membro del CVS, operante per la sola liquidazione dei sinistri RCT/O)

5

Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri

In relazione ai sinistri di cui viene investito procede a fornire il proprio parere sulla fondatezza della richiesta di risarcimento e formula i parametri (% danno permanente, % danno invalidità temporanea, ecc.) cui attenersi nello stabilire l'entità del danno oggetto di risarcimento.

Funzione 6: Strutture Eroganti

6

Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri

Direzione Sanitaria di Presidio: collabora con l' U.O. Affari Generali e Legali nella raccolta del materiale istruttorio

Unità Operativa erogante la prestazione sanitaria oggetto di richiesta: fornisce relazione tecnica sui fatti oggetto della richiesta risarcitoria a spiegazione dei medesimi, supportando in tal modo le decisioni del CVS.

Altre strutture aziendali: (Funzione Tecnico Patrimoniale – Area Acquisti, Caposala, ecc.) forniscono relazioni tecniche in relazione a sinistri che non attengono alle pratiche clinico-sanitarie.

Funzione 6: Istituto Assicurativo (Organo Esterno, membro del CVS)

Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri

3

4

Concorre con il CVS alla definizione dei sinistri oltre SIR in ordine ai quali tratta direttamente con la controparte per concordare il valore del risarcimento e previa autorizzazione aziendale procede alla stipula di transazioni stragiudiziali.

Funzione 7: Broker Aziendale (Organo Esterno, membro del CVS)

Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri

Gestisce i rapporti fra l' Azienda e l' Assicurazione. Quale membro del CVS concorre alla definizione di tutti i sinistri, sia in SIR sia oltre SIR.

Funzione 8: Loss adjuster (Organo esterno, membro del CVS)

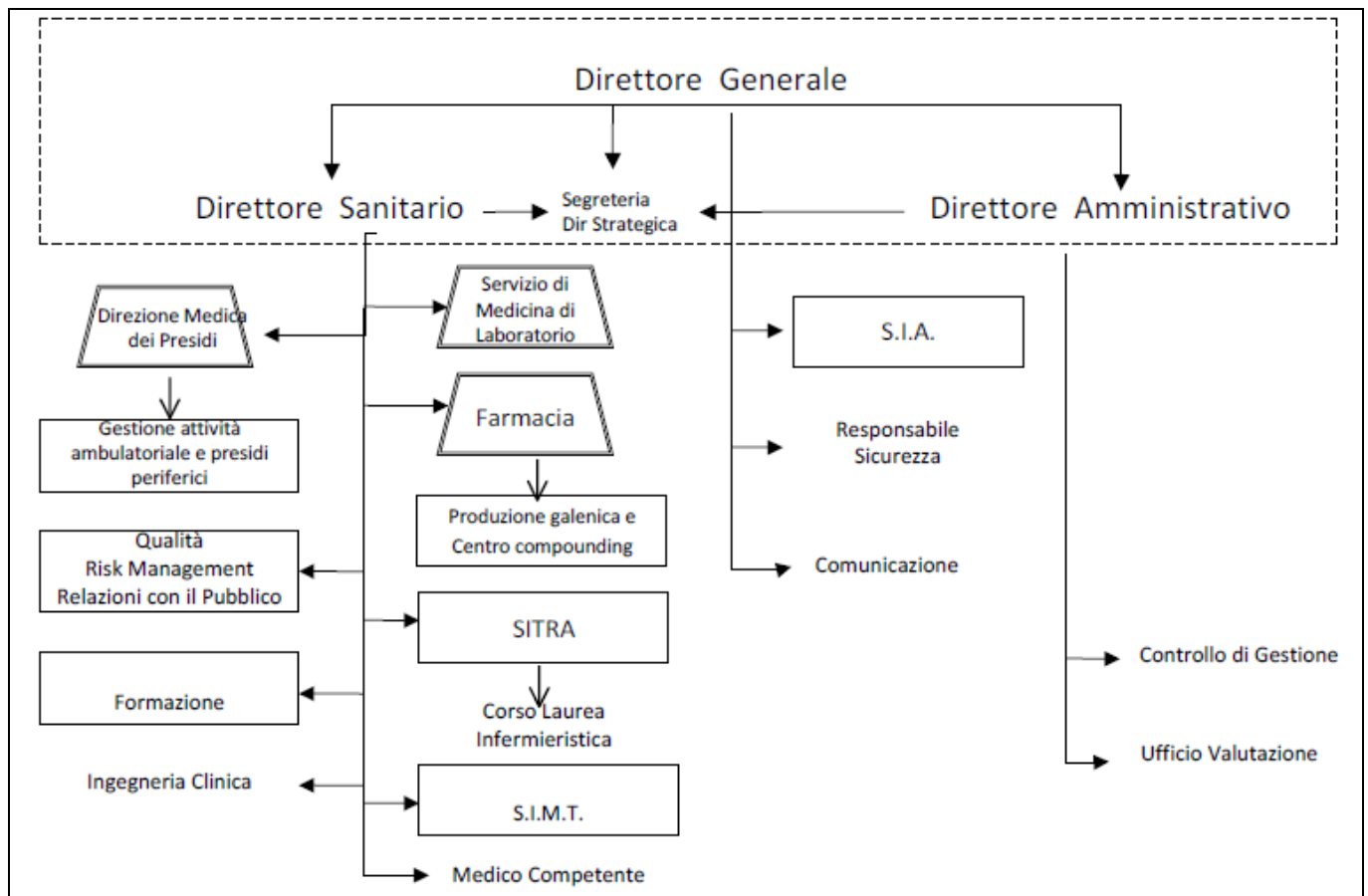
Con riferimento a
Sottoprocesso 1.1: Gestione delle Polizze Assicurative e dei Sinistri

Organo esterno che in tema di sinistri esplica funzione consulenziale nei confronti dell' Azienda.

Quale membro del CVS concorre alla definizione di tutti i sinistri e più in particolare tratta, per i sinistri in SIR, con la controparte.

Sottopone all' Azienda ipotesi di transazioni stragiudiziali che, se approvate, vengono successivamente stipulate.

Processo: la Gestione del Budget



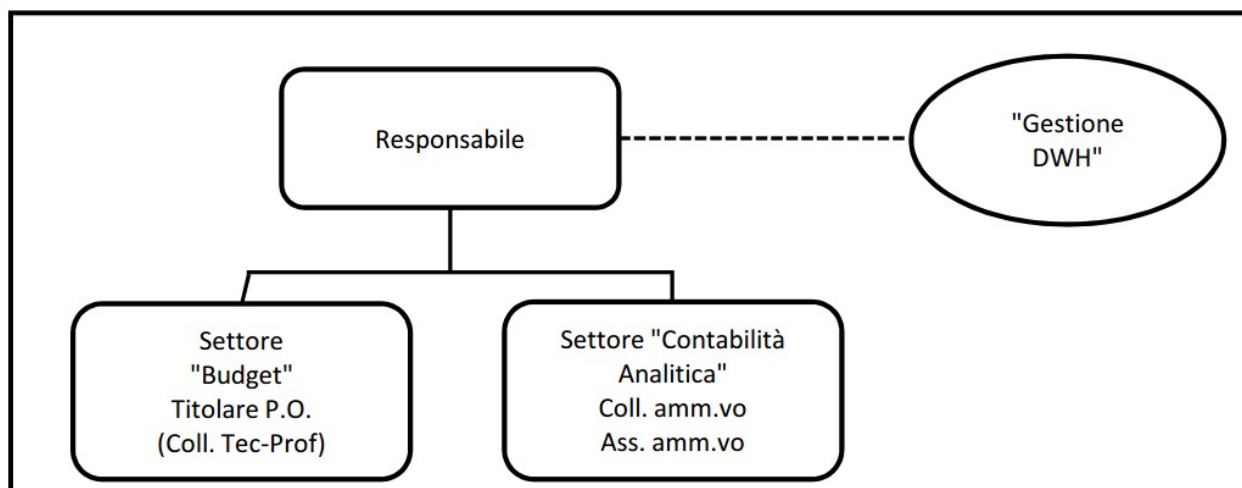
DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA

STRUTTURA CONTROLLO DI GESTIONE

Responsabile:	Dr. Alessandro Cominelli
Posizione:	Dr. Davide Zanchi (collaboratore tecnico professionale)
Poteri e deleghe:	Il Direttore ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO. Poteri del Direttore Generali trasferiti con delega: Deliberazione n. 587/2005, e Deliberazione n. 339/08 P.O.A.
Attività:	<p>L'U.O. Controllo di Gestione definisce e coordina in accordo con la Direzione Aziendale i sistemi di pianificazione annuale ed il controllo dell'andamento economico-gestionale in termini di efficienza ed efficacia.</p> <p>Inoltre l'Unità Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Supporta la Direzione per la pianificazione strategica;• Coordina il sottoprocesso di budget e sovrintende gli incontri ai diversi livelli di contrattazione;• Monitora, secondo le direttive aziendali, l'andamento del budget, sia in termini economici sia di produzione sanitaria, attraverso i modelli di reportistica in uso;• Supporta il Dipartimento amministrativo nella rendicontazione periodica trimestrale e per i dati inerenti gli "Ordinatori di spesa";• Fornisce al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni gli elementi necessari per la valutazione infra-annuale ed annuale;• Collabora con il settore flussi informativi alla manutenzione del sistema di datawarehouse aziendale;• Verifica e controlla l'andamento della produzione aziendale articolata per le diverse UU.OO;• Gestisce e controlla i flussi informativi istituzionali verso la Regione Lombardia, relativi al Controllo di gestione e per quanto di competenza all'Osservatorio Servizi, secondo le linee guida regionali;• Effettua analisi e valutazioni delle performance aziendali;• Coordina l'elaborazione del Piano della Performance e della Relazione alla Performance.

ORGANIGRAMMA DELL'UNITA' OPERATIVA

L'Organigramma riporta nell'ordine gerarchico le singole figure professionali dell'U.O. Controllo di Gestione (la figura dell'assistente amm.vo è condivisa con la struttura Controllo Atti e Servizi Appaltati) e la collaborazione finalizzata alla gestione del DWH da parte del Settore Flussi Informativi afferente gerarchicamente alla Direzione Medica di Presidio.



RIFERIMENTI:

- "Deliberazione n. VII/7780 18.01.2002 della Giunta Regionale Lombarda: Approvazione delle Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia" – (disponibile presso il sito web della Direzione Generale Sanità e/o presso l'Unità Operativa in questione);
- "Linee guida integrative per il Controllo di Gestione nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia" – (Circolare 44/San del 22.12.2004 - disponibile presso il sito web della Direzione Generale Sanità e/o presso l'Unità Operativa in questione);
- "Linee guida di budget per le Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia – novembre 2005" – (disponibile presso il sito web della D.G.S. e/o presso l'U.O. in questione);
- "Sistema Informativo sul Controllo di - note applicative Aprile 2010" (disponibile presso il sito web della Direzione Generale Sanità e/o presso l'Unità Operativa in questione);
- "Linee guida per il Controllo di Gestione nelle A.O. e IRCSS" – anno 2012 (disponibile presso il sito web della D.G.S. e/o presso l'U.O. in questione);
- "Regolamento Budget 2014 - allegato alla deliberazione aziendale n.164 del 30 maggio 2014 (disponibile presso l'U.O. in questione).

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Il Processo di BUDGET ha l'obiettivo di guidare la [gestione](#) verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione, rilevando, attraverso la misurazione di appositi indicatori, lo scostamento tra [obiettivi](#) pianificati e risultati conseguiti e informando di tali scostamenti gli organi responsabili affinché possano decidere e attuare le opportune azioni correttive.

Il sistema di budget, fondato sulla contabilità analitica, consente di responsabilizzare i Direttori di Dipartimento e Unità Operativa in quanto rapporta costi e ricavi alla dimensione da loro governata. Nell'A.O. di Crema quando si parla di Budget si parla comunque di uno strumento di indirizzo e governo che non si basa esclusivamente sulla leva economica ma che ingloba più dimensioni: economica, qualitativa, organizzativa e gestionale. Da qui una sistema di budget articolato in più schede con diversi ambiti di osservazione.

Il budget:

- È uno strumento perfettamente inquadrato all'interno dell'azienda.
- Il budget non è solo definizione degli obiettivi ma anche e soprattutto il monitoraggio degli stessi: vengono effettuati monitoraggi trimestrali con report inviati via web. In ogni monitoraggio, con apposita relazione riassuntiva, si evidenziano le criticità e si invitano i responsabili di Dipartimento/UU.OO. a far pervenire osservazioni in relazione alle criticità evidenziate.
- Il budget termina con la valutazione finale. I dati oggetto dell'ultimo monitoraggio vengono rielaborati nell'apposito format previsto e vengono sottoposti all'attenzione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che provvede alla valutazione. Il nucleo di valutazione delle Prestazioni si riunisce anche in corso d'anno per la valutazione infra-annuale dei risultati.

Ogni fase del processo di budget avviene con la collaborazione di altre funzioni aziendali: Economico Finanziaria, Personale, Qualità, Direzione Medica di Presidio, Ordinatori di Spesa, Formazione, SITRA.

Nell'ambito del processo di gestione del Budget, sono stati identificati i seguenti sotto-processi:

- Definizione degli obiettivi;
- Predisposizione documentazione a supporto della negoziazione;
- Negoziazione di budget;
- Monitoraggio infra-annuale ed annuale;
- Valutazione Finale.

Qui di seguito schematizzati:



PROCESSO: Gestione del Budget

Sottoprocessi

Il processo di Budget viene di seguito analizzato nell'ottica di effettuare un'analisi che permetta di evidenziare i principali rischi presenti nel processo in oggetto.

Il processo di budget, inteso nell'accezione più ampia del termine e così come riproposto in letteratura da Anthony e Young, può essere suddiviso in quattro sottoprocessi:

- 1.1. La fase preliminare, ossia la fase di predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione;
- 1.2. La negoziazione di budget;
- 1.3. L'attività di monitoraggio;
- 1.4. La valutazione finale.

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

Definizione degli obiettivi

Prima della fase preliminare di predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione, è necessario declinare nell'arco temporale dell'anno le strategie aziendali.

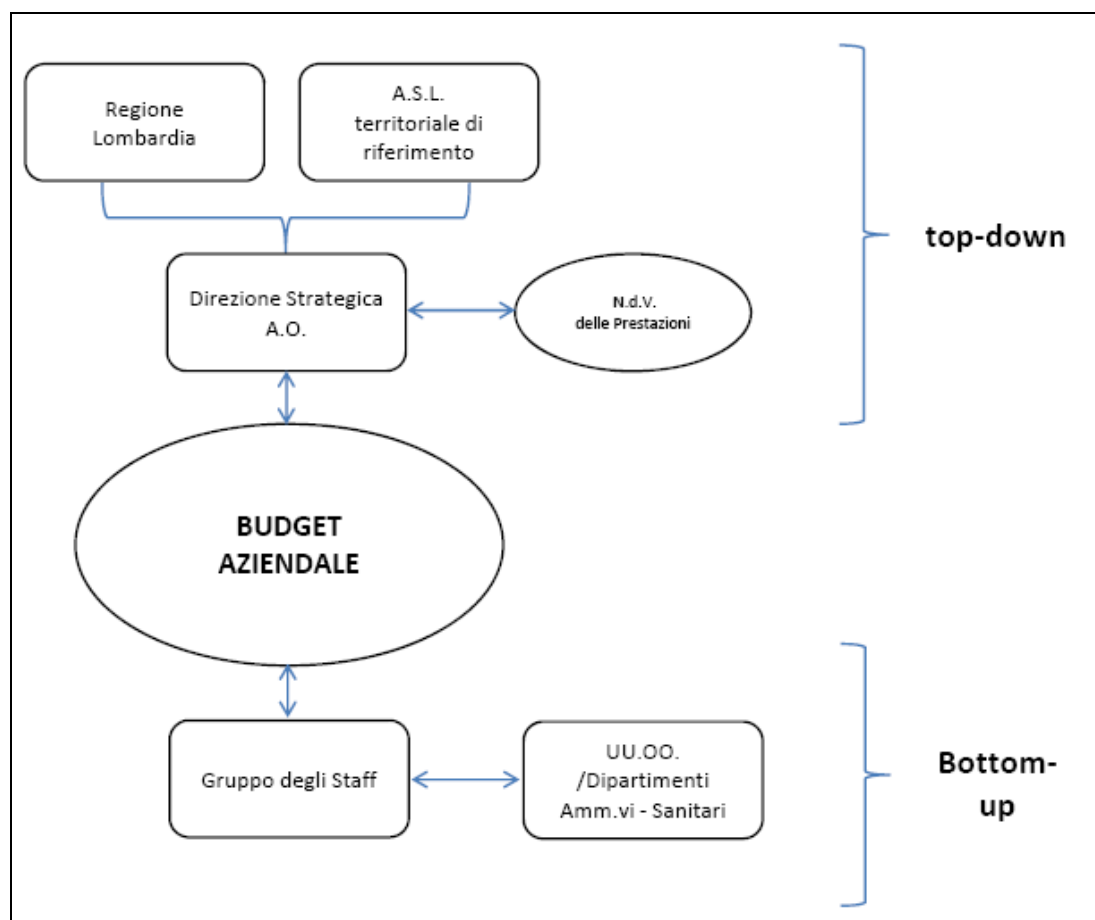
Tale operazione si concretizza principalmente in tre ambiti:

- Ricepire gli obiettivi provenienti dall'ASL e dalla Regione e definire con la Direzione Strategica la ripartizione delle responsabilità (con il supporto del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni);

- Operazionalizzare la strategia aziendale pluriennale (dichiarata in documenti ufficiali – quali ad esempio i bilanci di rendicontazione sociale, il POA, ecc - e in momenti ufficiali dell’azienda – ad esempio la conferenza dei servizi) cercando di incanalarla in obiettivi annuali;
- Coordinare i diversi piani di settore presenti in azienda (Formazione, Qualità, Sicurezza, Comunicazione...ecc) esplicitando la trasversalità delle principali iniziative aziendali e declinando tali iniziative in indicatori chiari e concreti. Tale lavoro a partire da fine 2009 è guidato dal “Gruppo degli Staff” (composto da Direzione Medica di Presidio, Controllo di Gestione, Ufficio Personale, Ufficio Valutazione, SITRA, Risk Manager, Qualità e Formazione) la cui finalità è quella di condividere le informazioni e di cercare di far convergere il più possibile l’attività dei singoli attori al fine di sviluppare Piani di lavoro coerenti.

Quanto elaborato in questi tre ambiti deve essere dettagliato ed articolato in un contesto unico attraverso uno strumento in grado di centralizzare le modalità e le tempistiche di controllo; si è dunque scelto di far confluire tale lavoro nelle schede di budget. Questa prima fase concettuale costituisce il punto di partenza per la predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione di budget.

FUNZIONIGRAMMA 1.0



SOTTOPROCESSO 1.1:**“ PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DELLA NEGOZIAZIONE ”**

Il sottoprocesso “Predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione” comprende le fasi preliminari alla negoziazione vera e propria di budget; nello specifico, il sottoprocesso in questione, considera nell’ordine le seguenti attività:

- Definizione delle linee guida relative al processo di budget: la Direzione Strategica ogni anno sceglie lo “stile” che vuole assegnare al processo di budget;
- Incontro con l’U.O. Economico Finanziaria per verificare l’allineamento della contabilità analitica alla contabilità generale;
- Incontri con i singoli ordinatori di spesa al fine poter declinare per centro di costo le variazioni previste nel Bilancio di Previsione; questa fase necessita di un particolare lavoro di squadra al fine di poter garantire l’invio all’U.O. Controllo di Gestione delle informazioni necessarie all’elaborazione del conto economico suddiviso per Dipartimento, Centro di Responsabilità e Centro di Costo;
- Definizione del calendario di budget;
- Una volta raccolte tutte le informazioni, vengono elaborati i dati e declinati ai singoli centri di responsabilità. In questa fase, trattando informazioni molto dettagliate, è necessario garantire la massima riservatezza delle informazioni;
- Oltre agli obiettivi economici (presenti nelle schede di budget “Indicatori di attività ed Indici Economici”, “Precondizione”) deve essere elaborata anche la scheda “INDICATORI DI ORGANIZZAZIONE, QUALITA', SVILUPPO E DI MANDATO”; questa scheda deve considerare le indicazioni provenienti dalla Regione (in relazione agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali), dalla contrattazione con l’ASL (nello specifico gli obiettivi qualitativi previsti), dalla Direzione Generale e dall’organizzazione in generale. La scheda “INDICATORI DI ORGANIZZAZIONE, QUALITA', SVILUPPO E DI MANDATO”, introdotta nel 2007 (e leggermente variata negli anni come contenuto e denominazione), è l’unica scheda di budget il cui contenuto non è governato direttamente e completamente dall’U.O. Controllo di Gestione ma, a seconda degli obiettivi, dall’U.O. Direzione Medica di Presidio, dall’Ufficio Qualità, dall’U.O. Personale...ecc. E’ fondamentale che logica, tempi e modalità di elaborazione degli obiettivi della scheda in questione siano allineati con quelli dell’elaborazione degli obiettivi delle altre schede; Il coordinamento e la gestione de-

gli obiettivi presenti in tale scheda, come già anticipato in precedenza, è agevolato dal "Gruppo degli Staff".

Dal 2011 è inoltre presente la scheda di PRECONDIZIONE volta a garantire il rispetto dei volumi di attività concordati (Ricoveri – Ambulatoriale – Primo Margine) con la direzione attraverso la correlazione degli stessi all'accesso al sistema incentivante.

Nel 2012 la Precondizione, pur nel rispetto dello spirito che ne aveva visto la genesi nel 2011, è stata leggermente modificata per seguire le indicazioni regionali emerse in fase di elaborazione del BPE 2012; in tal senso la precondizione si è arricchita dei sub-tetti di spesa relativi a "Beni e Servizi", "Dispositivi Medici", "Costo del Personale" e della voce relativa alle "MAC". E' venuto meno il riferimento al "Primo Margine", anche in considerazione del fatto che la sommatoria delle voci che sono state confermate (Ricoveri, Attività Ambulatoriale...ecc) aggiunta alle voci di recente introduzione permette di considerare la quasi totalità dei fattori produttivi direttamente governabili dai Direttori/Coordinatori di U.O.

Dal 2014 con riferimento alle precondizioni economiche, la principale novità riguarda la non ripetizione delle precondizioni di costo del personale per le U.O. sanitarie.

Inoltre avviato dal IV° trimestre 2014 un monitoraggio mensile dei consumi sanitari e non oltre che dei dati di produzione, nell'ottica di fornire alle unità operative un feedback tempestivo, costante e completo sugli aspetti operativi della propria attività.

Sempre nel 2014 nel conto economico sono stati riproposti alcuni ribaltamenti dei costi di fattori produttivi relativi a servizi di supporto sanitari (ad esempio, il servizio di sterilizzazione) ed i costi/ricavi per le prestazioni di consulenza e diagnostica forniti a pazienti ricoverati.

Come sopra indicato, la scheda di budget è frutto di un mix di attori e di un insieme di spinte che devono convergere verso un'unica direzione mediante un approccio di definizione degli obiettivi sia top-down che bottom-up, sia di derivazione regionale che di declinazione aziendale. Di seguito si riporta:

- Il contributo dei singoli attori sia in fase di definizione degli obiettivi che di monitoraggio degli stessi (descritto nelle prossime fasi)¹;

¹ Aspetti emersi nella verifica CERMET 2011 – suggerimenti verbali

	Definizione degli obiettivi e degli indicatori	Elaborazione e Calcolo Indicatori	Autocertificazione stato di avanzamento obiettivi (3 volte l'anno)	Certificazione stato di avanzamento obiettivi (3 volte l'anno)	Valutazione dello stato di raggiungimento ob.vi (1 volta l'anno incentivi aziendali e RAR)
Direzione Strategica	X			X	
Direttore Dip. Amministrativo	X				
Controllo di Gestione	X	X	X	X	X
SITRA	X		X	X	X
SIA			X	X	
Ufficio Qualità	X	X	X	X	
Personale			X	X	X
Direzione Medica di presidio	X	X	X	X	X
Flussi Informativi		X	X	X	
Formazione	X		X	X	
Farmacia	X		X	X	
Comunicazione	X		X	X	
Controllo Appalti	X		X	X	
URP	X		X	X	
Risk Management - Sicurezza	X		X	X	
Altre UU.OO. Amm.ve & STAFF			X	X	
UU.OO./Dipart. Sanitarie	X (bottom-up)		X	X	
Nucleo di Valutazione	X				X

Si allega inoltre (ALLEGATO 1) il piano delle attività e dei flussi² connessi al processo di budget ove vengono esplicitati i seguenti aspetti:

- Fasi e sottofasi del processo;
 - Attori;
 - Ruolo per ogni attore in ogni sottofase;
 - Tempistiche;
 - Responsabilità;
 - Strumenti utilizzati.
- Un database (ALLEGATO 2) degli obiettivi con a) fonte dell'obiettivo (regionale, nazionale, interna); b) Funzione proponente l'obiettivo (se interna: Gruppo Staff, Direzione Strategica, NdV delle Prestazioni, funzione specifica aziendale...ecc); c) valuta-

² Aspetti emersi nella verifica CERMET 2012 – suggerimenti scritti

tore dell'obiettivo; d) rationale dell'obiettivo; e) criterio di valutazione; f) formula di calcolo; g) frequenza del monitoraggio³

- Una sintetica suddivisione degli obiettivi in funzione della loro fonte di genesi (aziendale o regionale/normativa)

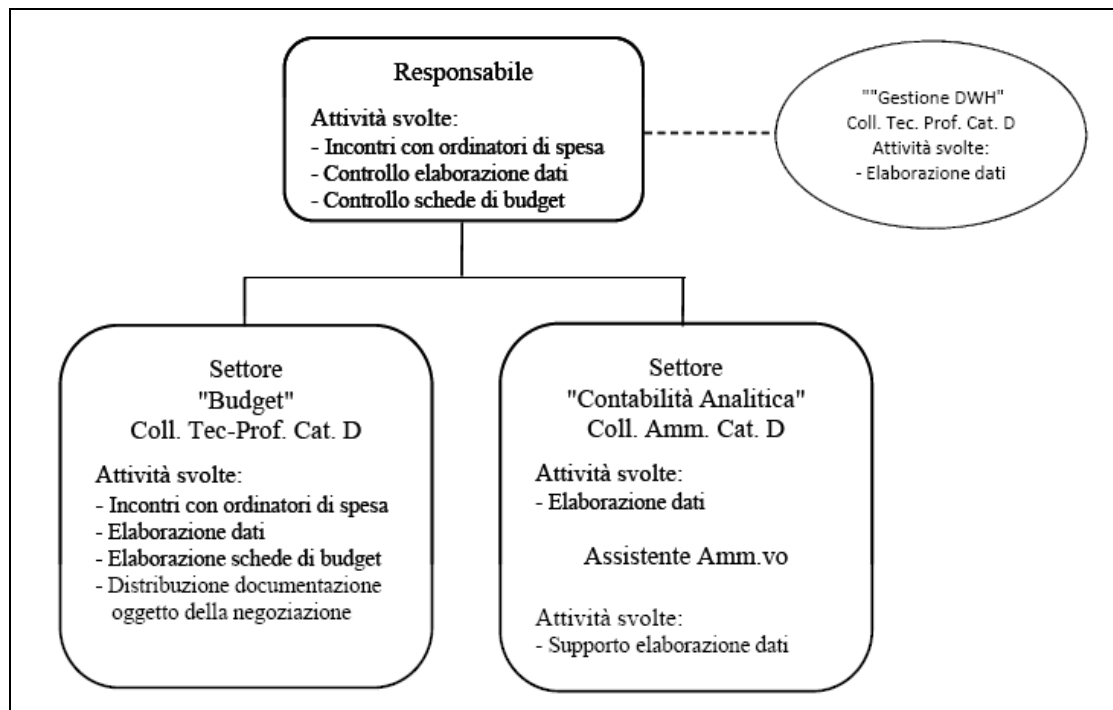
Categoria	N u m e r o	%
Fonte Regionale/normativa	450	3
Fonte RAR	233	1
Fonte Aziendale	574	4
Totale	1257	1

- Distribuzione della documentazione oggetto della negoziazione: nello specifico vengono consegnate ai Direttori di Dipartimento ed ai Responsabili di UU.OO. le schede di budget con la proposta per la negoziazione.

³ Aspetti emersi nella verifica CERMET 2013 – suggerimenti scritti e verbali

FUNZIONIGRAMMA 1.1**"Predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione"**

L'Organigramma funzionale riporta le singole figure professionali coinvolte e le attività da queste svolte.

**SOTTOPROCESSO 1.2: " NEGOZIAZIONE DI BUDGET "**

Il sottoprocesso "Negoziazione di budget" comprende le seguenti attività:

- Incontro tra la Direzione Strategica ed il Direttore di ogni Dipartimento al fine di verificare la fattibilità del budget di dipartimento; il Dir. di Dipartimento deve valutare la congruità del budget proposto dalla Direzione Strategica con le esigenze sorte nel corso del precedente anno e deve negoziare eventuali variazioni anche sulla base di colloqui già avviati con i responsabili di CdR. La Direzione, considerate le istanze e le problematiche avanzate da ogni responsabile, verifica la possibilità di apportare variazioni ai budget dipartimentali;
- Valutazione delle schede da parte dei Responsabili dei CdR: conclusa la negoziazione tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento, le schede di budget vengono consegnate ai Responsabili di CdR che valutano la congruenza degli obiettivi assegnati; in caso di disaccordo, i responsabili avanzano delle ulteriori proposte di budget che tengano conto sia dell'andamento dell'anno precedente, sia degli indirizzi aziendali. Le proposte vengono inviate all'U.O. Controllo di Gestione che ricompila le schede apportando le variazioni

richieste e le ripropone ai responsabili di CdR e di Dipartimento. In questa fase i responsabili di Dipartimento devono verificare la compatibilità delle variazioni apportate con il budget assegnato al Dipartimento e devono cercare di incanalare le richieste dei diversi CdR verso gli obiettivi/interessi aziendali/regionali.

- Si svolge dunque una vera e propria negoziazione (con supporto/assistenza del Comitato di budget) in cui ogni responsabile di CdR motiva le variazioni apportate alle schede di budget e il Direttore del Dipartimento valuta la possibilità concreta di avallare le proposte nel rispetto però dell'equilibrio economico-finanziario del Dipartimento. Nella negoziazione sarebbe opportuno discutere ogni obiettivo, ponendo attenzione ad ogni aspetto (natura degli obiettivi, pesatura delle schede di budget, pesatura degli obiettivi di budget, ...).

FUNZIONIGRAMMA 1.2

L'Organigramma riporta le singole figure professionali coinvolte e le attività da queste svolte.



SOTTOPROCESSO 1.3: " MONITORAGGIO INFRA-ANNUALE ED ANNUALE "

Il sottoprocesso "Monitoraggio infra-annuale ed annuale" si concretizza in un monitoraggio trimestrale (eccezione fatta per la PRECONDIZIONE e per il report sui consumi che vengono monitorati mensilmente); a seconda del periodo di effettuazione del budget, si valuta se effettuare o meno l'analisi del primo trimestre.

Nel 2014 la tempistica del monitoraggio è risulta inficiata soprattutto nella prima parte dell'anno dalla tempistiche regionali. Tali flussi non possono avvenire in contemporaneità con l'elaborazione dei dati per il monitoraggio aziendale, pertanto quest'ultimo "subisce" i tempi di intervento e di monitoraggio della rendicontazione regionale che dal 2014, per favorire un benchmarking multiaziendale, ha introdotto logiche di aggregazione del dato che si discostano parzialmente dai principi di contabilità analitica utili e utilizzabili a livello aziendale. Tali aspetti da

un lato hanno inciso (rallentandolo) nel monitoraggio della prima parte dell'anno, dall'altro, con la ridefinizione delle scadenze regionali con tempistica più ravvicinata, consentono tempi di monitoraggio ridotti anche a livello aziendale (nella seconda parte dell'anno).

Nello specifico, ogni monitoraggio richiede:

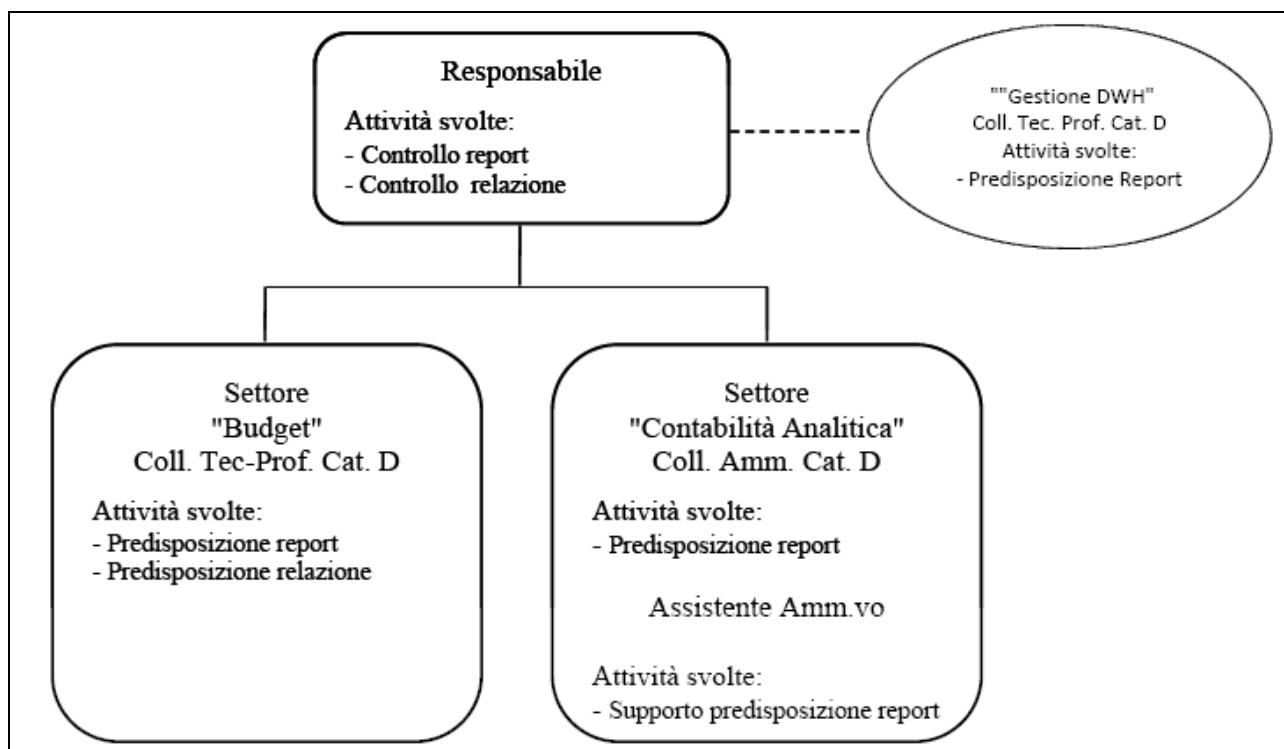
- Il caricamento ed il controllo dei dati (ove deve essere forte la correlazione e la sinergia con il settore "Gestione DWH");
- La richiesta e conseguente compilazione (entro 15/20 gg circa) da parte delle diverse UU.OO. delle autocertificazioni e delle certificazioni (la cui frequenza potrebbe anche essere influenzata dalle richieste estemporanee regionali di monitoraggio degli obiettivi del D.G.); Tale aspetto, nei monitoraggi di budget in corso d'anno, costituisce la correlazione principale fra il Controllo di Gestione e le altre UU.OO. "fornitrici di dati". L'evidenza di tali flussi e la relativa quantificazione è riportata in apposita tabella ed è esplicita nell'allegato 1.
- La predisposizione di report di monitoraggio delle schede di budget;
- L'analisi degli scostamenti fra quanto preventivato ed il dato consuntivo, individuandone le cause e le ripercussioni;
- La predisposizione di una relazione accompagnatoria: tale strumento permette una maggiore trasparenza in quanto esplicita gli interventi che vengono effettuati sui dati a seconda delle condizioni che si sono verificate in corso d'anno e non previste nella contrattazione di budget, delle osservazioni inviate dai responsabili, ecc.

La reportistica in oggetto, rielaborata in forma sintetica, costituisce la base di lavoro per l'analisi semestrale del monitoraggio della gestione da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

FUNZIONIGRAMMA 1.3

"Monitoraggio infra-annuale ed annuale"

L'Organigramma funzionale riporta le singole figure professionali coinvolte e le attività da queste svolte.



SOTTOPROCESSO 1.4: " VALUTAZIONE FINALE "

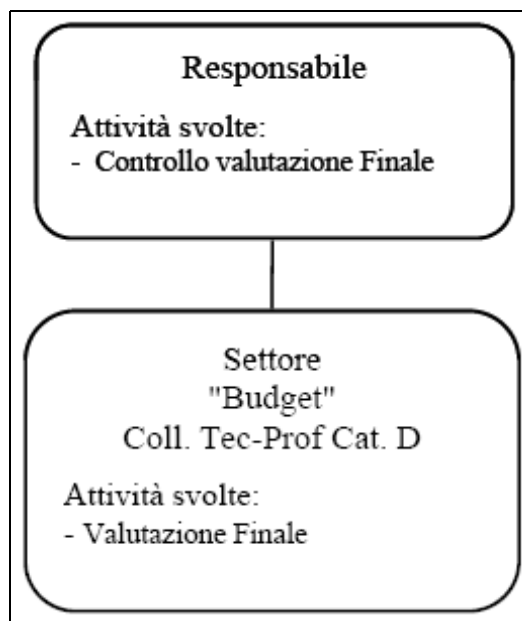
Il sottoprocesso "Valutazione finale" si concretizza nell'elaborazione di report che, rispetto al monitoraggio finale, correlano il risultato dei singoli obiettivi alla pesatura definita in sede di budget e applicano ad ogni scheda di budget la griglia di valutazione approvata dalle Organizzazioni Sindacali. In questa fase possono essere considerate ulteriori osservazioni avanzate dai Direttori di Dipartimento/Responsabili di UU.OO.; anche in questo caso le eventuali variazioni vengono effettuate in modo trasparente all'interno della scheda.

La reportistica in oggetto costituisce la base del materiale oggetto dell'incontro di chiusura d'esercizio del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

FUNZIONIGRAMMA 1.4

"Valutazione finale"

L'Organigramma funzionale riporta le singole figure professionali coinvolte e le attività da queste svolte.



PROCESSO: Gestione del Budget

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1: Responsabile Controllo Gestione

Competenze generali:

- *Direzione e Organizzazione della Struttura:*
 - Ha la responsabilità tecnico-professionale, organizzativa e gestionale della struttura;
 - Coordina le attività della struttura a cui è preposto perseguendo la massima integrazione con le altre strutture dipartimentali e aziendali, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni;

- Predisporre gli atti di competenza dell'Unità Operativa;
 - Coordina la rilevazione delle esigenze formative degli operatori della struttura e promuove la realizzazione di interventi formativi e didattici;
 - È responsabile del Sistema di Budget aziendale.
- *Programmazione:*
 - Traduce a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatici e strategici aziendali e dipartimentali;
 - Propone nuove attività e modelli operativi e ne cura l'attuazione una volta autorizzati.
- *Gestione Budget struttura:*
 - Discute e contratta con il Direttore di Riferimento il budget della struttura;
 - È responsabile del raggiungimento degli obiettivi della struttura;
 - Garantisce l'informazione a tutti gli operatori della struttura in merito agli obiettivi di budget;
 - Verifica periodicamente il livello di raggiungimento degli obiettivi e adotta gli opportuni interventi di adeguamento.
- *Qualità / Sicurezza:*
 - È responsabile della sicurezza della struttura;
 - Propone e monitora l'implementazione all'interno della struttura del sistema di qualità aziendale;
 - Promuove la definizione e/o l'applicazione di linee guida e regolamenti interni.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

In generale: definisce degli obiettivi, autorizza ed esegue la predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione, esegue/controlla la negoziazione di budget, autorizza il monitoraggio infra-annuale ed annuale, effettua la valutazione finale.

Assicura il supporto alla Direzione Strategica e ai diversi livelli aziendali di responsabilità degli strumenti necessari per la programmazione, pianificazione e verifica dell'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse.

Nello specifico delle singole fasi: autorizza e coordina tutte le attività riguardanti la fase preliminare (ossia la fase di predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione), autorizza/co-esegue e controlla la negoziazione di budget; autorizza l'attività di monitoraggio infra-annuale ed annuale, autorizza e controlla la fase di valutazione finale (gestendo direttamente i rapporti con il Nucleo di valutazione delle Prestazioni).

FUNZIONE 2: Direzione Strategica

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Autorizza e controlla la definizione degli obiettivi, controlla la predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione, autorizza la negoziazione di budget, il monitoraggio infra-annuale ed annuale e la valutazione finale.

Nello specifico è presente alla negoziazione di budget (I° livello con i Dipartimenti) e verifica la congruità della variazioni proposte dai singoli dipartimenti in sede di negoziazione.

FUNZIONE 3: Gruppo degli Staff

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Autorizza la definizione degli obiettivi (con le fasi di analisi, valutazione e definizione nell'arco temporale dell'anno delle strategie aziendali). Nella fase dell'elaborazione delle schede di budget: autorizza la personalizzazione per CdC delle schede economiche e la distribuzione degli obiettivi di "organizzazione, qualità, sviluppo e mandato" per CdC.

FUNZIONE 4: Ordinatori di Spesa

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Nella fase preliminare al budget, sono presenti agli incontri per la declinazione dei costi per centro di costo. Sono presenti alla negoziazione di budget.

FUNZIONE 5: Direttore/i delle diverse UU.OO.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Sono presenti alla negoziazione di budget (II° livello) e devono verificare la congruità degli obiettivi su eventuali variazioni proposte dalla Direzione di Dipartimento. Nello specifico devono contrattare e verificare tutti gli aspetti connessi alla scheda di budget (obiettivi, indicatori, pesi).

FUNZIONE 6: Settore "Budget" - Posizione Aziendale Collaboratore Tecnico-Professionale

Competenze generali:

- *Capacità tecniche e professionali*
 - Sa gestire i documenti: raccolta, classificazione e loro archiviazione;
 - Sa usare le attrezzature richieste;
 - Sa utilizzare SW applicativi;
 - Smista posta e/o comunicazioni;
 - Analizza leggi e normative;
 - Redige provvedimenti: lettere e verbali;
 - Attua gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti;
 - Applica le procedure previste;
 - Trasforma informazioni tecniche in rapporti brevi e comprensibili;
 - Fa schemi partendo dalle diverse informazioni;
 - Conosce ed applica le procedure di sicurezza del lavoro;
 - Individua le informazioni che servono e le fonti;
 - Porta a sintesi informazioni provenienti da fonti diverse;
 - Elabora Statistiche/report.
- *Rispetto delle direttive e dei regolamenti e dei protocolli*
 - Applica le procedure tecniche specifiche (es. contabilità...);
 - Rispetta le norme di funzionamento previste;

- Agisce nel rispetto delle norme relative al segreto professionale e alla tutela della privacy;
- Conosce la normativa del proprio settore;
- Applica i protocolli e le procedure previsti nel settore operativo;
- Rispetta le direttive aziendali.
- *Gestione dei collaboratori*
 - Fornisce consulenza ai clienti interni;
 - Organizza e pianifica il lavoro giornaliero;
 - Rispetta gli standard di qualità e quantità fissati;
 - Verifica lo stato di avanzamento del lavoro, in relazione agli obiettivi fissati;
 - Gestisce parzialmente il network informativo interno ed esterno all'ufficio.
- *Autonomia operativa e capacità organizzative*
 - Sa dotarsi di un metodo di raccolta/organizzazione delle informazioni dei problemi e adotta idonee soluzioni;
 - Sa operare in parziale autonomia;
 - Sa organizzare il proprio lavoro: pianifica e stabilisce le priorità, con orientamento al servizio;
 - Sa individuare e correggere gli errori;
 - Manifesta sensibilità organizzativa: migliora il proprio risultato e quello della propria U.O. per ottimizzare la funzione di servizio e supporto alle altre U.O.;
 - E' capace di adeguare i ritmi di lavoro al carico e ai tempi di risposta;
 - Sa rapportarsi con i superiori e le altre figure professionali;
 - Sa valutare l'adeguatezza del proprio operato rispetto agli obiettivi;
 - Condivide e partecipa alla mission dell'Azienda;
 - Conosce l'organizzazione aziendale.
- *Partecipazione ai processi organizzativi e ai gruppi di miglioramento*

- Assume decisioni coerenti con i vincoli aziendali;
- Partecipa a progetti.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

In generale esegue la negoziazione di budget, il monitoraggio infra-annuale ed annuale e la valutazione finale.

Nello specifico della fase di elaborazione dei dati: esegue gli Incontri con gli ordinatori di spesa per declinazione dei costi per centro di costo, esegue/controlla l'elaborazione di files esterni, controlla l'importazione dei files esterni nel DWH, esegue la verifica della congruità dei dati con BPE, controlla i ribaltamenti per CdC.

Nella fase di elaborazione delle schede di budget: esegue la personalizzazione per CdC delle schede economiche, esegue la distribuzione degli obiettivi di "organizzazione, qualità, sviluppo e mandato" per CdC, esegue gli incontri per armonizzare il contenuto delle schede (in particolare per gli obiettivi di "organizzazione, qualità, sviluppo e mandato", esegue l'individuazione degli standard e delle pesature per ogni obiettivo di ciascuna scheda).

Nella fase di distribuzione della documentazione oggetto della negoziazione: provvede alla distribuzione delle schede ai destinatari identificati entro i tempi definiti.

Nella fase di negoziazione di primo livello: esegue l'Incontro fra Comitato di Budget (accezione ampia del termine) e la Direzione di Dipartimento, effettua la verifica della congruità degli obiettivi su eventuali variazioni proposte dalla Direzione di Dipartimento e l'attribuzione delle pesature alle schede ed ai singoli obiettivi in esse contenuti.

Nella fase di Negoziazione di 2° livello: esegue l'incontro fra Comitato di Budget (accezione ristretta del termine) e la Direzione di U.O, effettua la verifica della congruità degli obiettivi su eventuali variazioni proposte dalla Direzione di U.O. nel rispetto dell'equilibrio Dipartimentale e verifica l'attribuzione delle pesature alle schede ed ai singoli obiettivi in esse contenuti.

Nella fase di monitoraggio infra-annuale ed annuale: controlla il caricamento dei dati, esegue e controlla la quadratura con CET e caricamento files esterni, controlla il ribaltamento per cdc, esegue la predisposizione di reports e la distribuzione via web.

Esegue direttamente tutte le attività connesse alla predisposizione di una relazione di accompagnamento e alla valutazione finale.

FUNZIONE 7: Settore "Contabilità Analitica"

Collaboratore Amministrativo

Competenze generali:

- *Capacità tecniche e professionali*
 - Sa gestire i documenti: raccolta, classificazione e loro archiviazione;
 - Sa usare le attrezzature richieste;
 - Sa utilizzare SW applicativi;
 - Analizza leggi e normative di competenza;
 - Attua gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti;
 - Applica le procedure previste;
 - Fa schemi partendo dalle diverse informazioni;
 - Conosce ed applica le procedure di sicurezza del lavoro;
 - Individua le informazioni che servono e le fonti;
 - Porta a sintesi informazioni provenienti da fonti diverse.

- *Rispetto delle direttive e dei regolamenti e dei protocolli*
 - Applica le procedure tecniche specifiche (es. contabilità...)
 - Rispetta le norme di funzionamento previste;
 - Agisce nel rispetto delle norme relative al segreto professionale e alla tutela della privacy;
 - Conosce la normativa del proprio settore;
 - Applica i protocolli e le procedure previsti nel settore operativo;
 - Rispetta le direttive aziendali.

- *Gestione dei collaboratori*
 - Fornisce consulenza ai clienti interni;
 - Organizza e pianifica il lavoro giornaliero;
 - Rispetta gli standard di qualità e quantità fissati;

- Verifica lo stato di avanzamento del lavoro, in relazione agli obiettivi fissati;
- Gestisce parzialmente il network informativo interno ed esterno all'ufficio;
- *Autonomia operativa e capacità organizzative*
 - Sa dotarsi di un metodo di raccolta/organizzazione delle informazioni dei problemi e adotta idonee soluzioni;
 - Sa operare in autonomia;
 - Sa organizzare il proprio lavoro: pianifica e stabilisce le priorità, con orientamento al servizio;
 - Sa soddisfare i bisogni dei clienti interni in una logica di supporto e sviluppo organizzativo;
 - Sa individuare e correggere gli errori;
 - migliora il proprio risultato e quello della propria unità operativa per ottimizzare la funzione di servizio e supporto alle altre U.O.;
 - E' capace di adeguare i ritmi di lavoro al carico e ai tempi di risposta;
 - Sa rapportarsi con i superiori e le altre figure professionali;
 - Sa valutare l'adeguatezza del proprio operato rispetto agli obiettivi;
 - Conosce l'organizzazione aziendale.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Nello specifico della fase di predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione: esegue gli incontri con gli ordinatori di spesa per la declinazione dei costi per centro di costo, esegue l'elaborazione di files esterni, controlla l'importazione dei files esterni nel DWH, esegue la verifica della congruità dei dati con BPE, esegue i ribaltamenti per CdC.

Nella fase di monitoraggio infra-annuale ed annuale: controlla il caricamento dei dati, esegue la quadratura con CET e caricamento files esterni, esegue il ribaltamento per cdc.

Tale lavoro rappresenta la base per poter effettuare i monitoraggi di budget.

Assistente Amministrativo

Competenze generali:

- *Capacità tecniche e professionali*
 - Sa gestire i documenti: raccolta, classificazione e loro archiviazione;
 - Sa usare le attrezzature;
 - Sa utilizzare SW applicativi;
 - Analizza leggi e normative;
 - Attua gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti
 - Applica le procedure previste;
 - Fa schemi partendo dalle diverse informazioni;
 - Conosce ed applica le procedure di sicurezza del lavoro;
 - Individua le informazioni che servono e le fonti.
- *Rispetto delle direttive e dei regolamenti e dei protocolli*
 - Applica le procedure tecniche specifiche (es. contabilità...);
 - Rispetta le norme di funzionamento previste;
 - Agisce nel rispetto delle norme relative al segreto professionale e alla tutela della privacy;
 - Applica i protocolli e le procedure previsti nel settore operativo;
 - Rispetta le direttive aziendali.
- *Gestione dei collaboratori*
 - Organizza e pianifica il lavoro giornaliero;
 - Rispetta gli standard di quantità fissati;
 - Verifica lo stato di avanzamento del lavoro, in relazione agli obiettivi fissati.
- *Autonomia operativa e capacità organizzative*
 - Sa dotarsi di un metodo di raccolta/organizzazione delle informazioni dei problemi e adotta soluzioni;

- Sa operare in parziale autonomia;
- migliora il proprio risultato e quello della propria unità operativa per ottimizzare la funzione di servizio e supporto alle altre U.O.;
- mostra disponibilità ad adeguare i ritmi di lavoro al carico e ai tempi di risposta;
- Sa rapportarsi con i superiori e le altre figure professionali;
- Sa valutare l'adeguatezza del proprio operato rispetto agli obiettivi (autocritica);
- Conosce l'organizzazione aziendale.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Nello specifico della fase di predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione: supporta ed esegue l'elaborazione di files esterni.

Nella fase di monitoraggio: supporta ed esegue l'elaborazione di files esterni.

FUNZIONE 8: "Gestione DWH" (Flussi Informativi)

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Nello specifico della fase di predisposizione della documentazione a supporto della negoziazione: esegue l'elaborazione di files esterni (es. personale non dipendente, rateo di tredicesima, prestazioni per interni ... ecc), esegue l'importazione dei files esterni elaborati dal Controllo di Gestione nel DWH con i relativi controlli, esegue i caricamenti dei diversi ETL e ne cura i controlli tecnici, tiene i rapporti con la softwarehouse, si interfaccia con il Controllo di Gestione (settore Contabilità) per la risoluzione di problemi.

Nella fase di monitoraggio infra-annuale ed annuale: esegue l'elaborazione di files esterni (es. personale non dipendente, rateo di tredicesima, prestazioni per interni ... ecc), esegue l'importazione dei files esterni elaborati dal Controllo di Gestione nel DWH con i relativi controlli, esegue i caricamenti dei diversi ETL e ne cura i controlli tecnici, tiene i rapporti con la softwarehouse, si interfaccia con il Controllo di Gestione (settore Contabilità) per la risoluzione di problemi, esegue la predisposizione di reports e la distribuzione via web.

E' inoltre parte attiva in fase di pianificazione iniziale al fine di formulare una programmazione dei lavori coerente con le scadenze dei diversi settori e delle diverse strutture (afferenza al settore flussi della U.O. Direzione Medica di Presidio).

FUNZIONE 9: Direttore di Dipartimento

Competenze generali:

- *Programmazione Strategica e di Direzione Aziendale*
 - Contribuisce alla Programmazione Strategica Aziendale;
 - Traduce a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatori e strategici della Direzione Aziendale, supportando le Direzioni delle Unità Operative, promuovendo l'organizzazione di azioni di miglioramento e presidiandone la realizzazione;
 - Avanza proposte come momento di sintesi della elaborazione effettuata dalle unità operative afferenti alla propria struttura dipartimentale.
- *Gestione Budget struttura:*
 - Discute e contratta con la Direzione Aziendale il budget di Dipartimento e conduce la negoziazione con le singole Unità Operative;
 - È responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali del Dipartimento;
 - Verifica periodicamente il livello di raggiungimento degli obiettivi.
- *Qualità / Sicurezza:*
 - Definisce gli obiettivi di qualità e sicurezza del dipartimento e delle strutture afferenti e ne garantisce il monitoraggio e la valutazione;
 - Promuove la definizione e/o l'applicazione di linee guida, procedure e regolamenti interni.
- *Compiti Istituzionali:*
 - Partecipa di Diritto al Collegio di Direzione;
 - Convoca e Dirige il Comitato di Dipartimento.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Sono presenti alla negoziazione di budget (I° livello): devono verificare la congruità degli obiettivi proposti dal Comitato di budget, sono portavoce delle esigenze del Dipartimento e devono trovare il giusto equilibrio fra tali esigenze e le indicazioni della Direzione. Nello specifico devono contrattare e verificare tutti gli aspetti connessi alla scheda di budget (obiettivi, indicatori, pesi).

FUNZIONE 10: Comitato di Budget

E' presente alle negoziazioni di primo livello controllando la congruità degli obiettivi su eventuali variazioni proposte dalla Direzione di Dipartimento. Controlla inoltre l'attribuzione delle pesature alle schede ed ai singoli obiettivi in esse contenuti.

E' presente alle negoziazioni di secondo livello controllando la congruità degli obiettivi su eventuali variazioni proposte dalla Direzione di U.O. nel rispetto dell'equilibrio Dipartimentale. Controlla inoltre l'attribuzione delle pesature alle schede ed ai singoli obiettivi in esse contenuti.

FUNZIONE 11: Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Competenze generali:

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni è un organo di verifica che risponde direttamente al Direttore Generale e si raccorda con l'Organismo indipendente di Valutazione regionale.

E' costituito da tre componenti esterni nominati secondo modalità e criteri definiti dalle disposizioni regionali (art.30 L.R n.20 del 7 luglio 2008; art.1 L.R. n.14 del 6 agosto 2010; la D.G.R. n.IX/1151 del 29.12.2010; il Decreto del Direttore Organizzazione e Personale n.4914 del 31/5/2011).

Al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni compete:

- la verifica del rispetto del principio del merito assicurando l'esercizio di un certo grado di selettività nella valutazione;
- verifica della effettiva e corretta identificazione delle performance, attraverso la definizione di relativi obiettivi, indicatori e target, perseguite dall'Azienda nell'esercizio di riferimento in piena coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- verifica dell'attribuzione degli obiettivi in attuazione delle performance assegnati ad ogni singolo dirigente;

- valutazione della correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance;
- verifica della correttezza della valutazione delle performance individuali del personale secondo i principi di merito ed equità;
- programmazione e sviluppo di continue azioni di sostegno e supporto da parte del Nucleo allo sviluppo dei sistemi gestionali interni di programmazione e controllo e gestione del personale;
- assicurazione del coordinamento e dello scambio di informazioni con l'Organismo indipendente di valutazione di sistema;
- verifica della correttezza delle applicazioni contrattuali.

Competenze specifiche del processo in oggetto:

Nello specifico della fase di definizione degli obiettivi supporta l'Azienda, in coerenza con il Piano delle Performance, nel recepire gli obiettivi provenienti dall'ASL e dalla Regione e nel definire la ripartizione delle responsabilità.

Nella fase di "Monitoraggio infra-annuale ed annuale" verifica, attraverso specifica documentazione elaborata da parte del Controllo di Gestione, lo stato di avanzamento/raggiungimento degli obiettivi.

Nella fase di "Valutazione Finale" verifica, valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance delle singole strutture aziendali ed esprime valutazioni costruttive finalizzate a migliorare il set di indicatori in uso negli anni seguenti.

FUNZIONE 12: UU.OO./Dipartimenti certificatori/autocertificatori

Competenze specifiche del processo in oggetto:

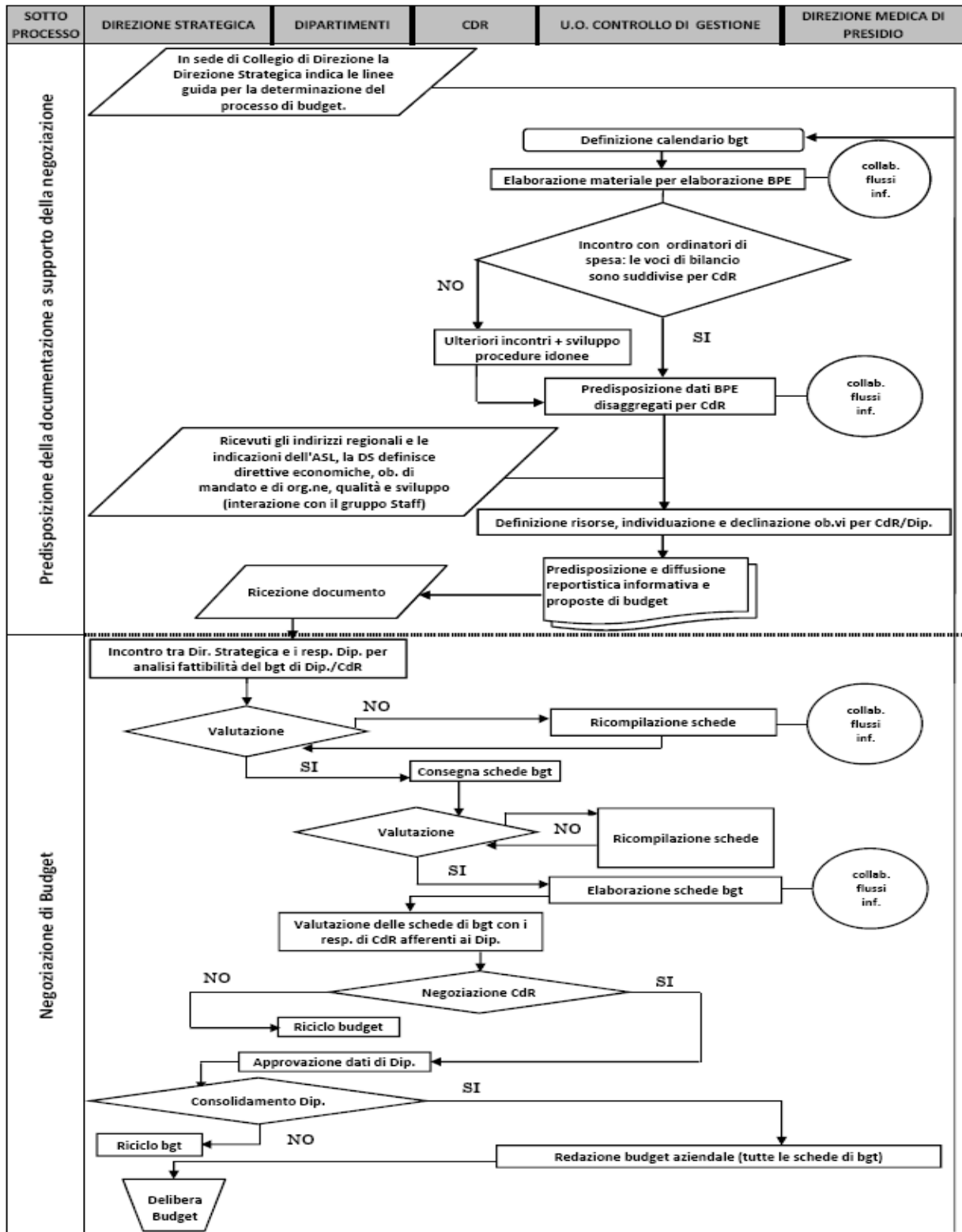
Nella fase di "Monitoraggio infra-annuale ed annuale" al fine di poter aggiornare la scheda di budget "INDICATORI DI ORGANIZZAZIONE, QUALITA', SVILUPPO E DI MANDATO", l'U.O. Controllo di Gestione richiede la compilazione da parte delle diverse UU.OO. di appositi prospetti precompilati (autocertificazioni/certificazioni). Tale attività costituisce una forte correlazione fra il Controllo di Gestione e le altre UU.OO. "fornitrici di dati". L'evidenza di tali flussi e la relativa quantificazione è riportata nella seguente tabella⁴:

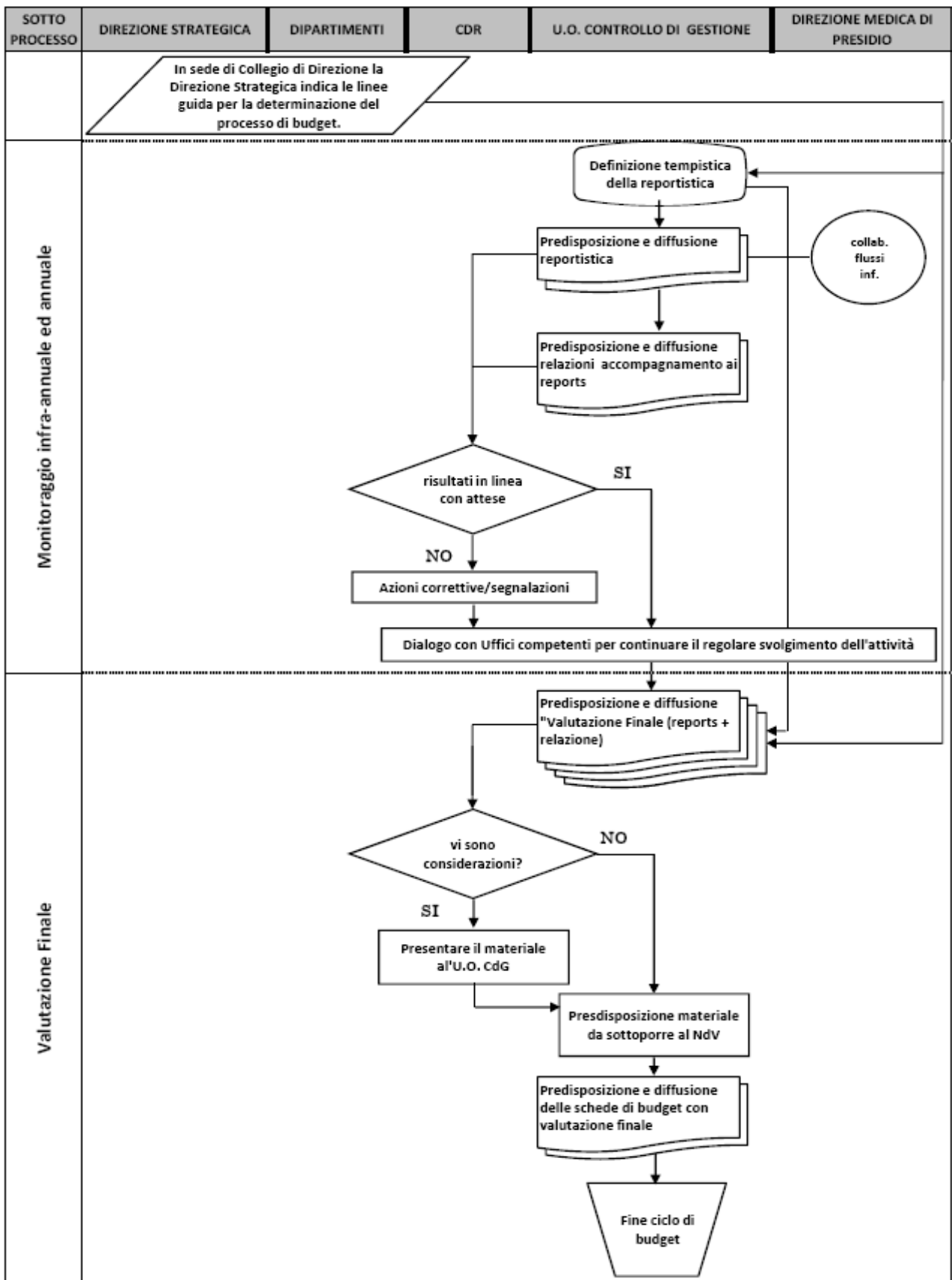
⁴ Aspetti emersi nella verifica CERMET 2011 – suggerimenti verbali

Certificatore Obiettivo	UO	Totale
Autocertificazione	AA.GG.LL.	7
	Acquisti di Beni e Servizi	6
	Centro Oncologico	2
	Comunicazione	7
	Controllo Atti e Servizi Appaltati	6
	Controllo di Gestione	11
	Cure Palliative	2
	DEA	1
	Dip. Amministrativo	2
	Dip. Cardiocerebrovascolare	1
	Dip. Riabilitazione	1
	Dip. Scienze Chirurgiche	1
	Dip. Scienze Mediche	1
	Direzione Amministrativa di Presidio	6
	Direzione Medica di Presidio	17
	DSM	2
	Farmacia	13
	Formazione	5
	Ing. Clinica	3
	Laboratorio Analisi	2
	Medicina Generale	1
	Medico Competente	10
	Mina	5
	NPI	2
	Oculistica	1
	Personale	8
	Poliambulatori	3
	Pronto Soccorso	1
	Ragioneria	12
	Risk Management Qualità e Sicurezza	20
	Segr. Direzione Generale	5
SIA	6	
SIMT	1	
SITRA	6	
Supporto DEA	1	
Tecnico Patrimoniale	9	
URP	6	
Comunicazione		28
Controllo atti		68
Controllo di Gestione		84
Direttore di Dipartimento		37
Direttore di Dipartimento / Ufficio Qualità		1
Direttore Dipartimento Amministrativo		8
Direzione Medica		4
Direzione Medica di Presidio		388
Direzione Strategica		2
DMP		1
Economico Finanziaria		10
Farmacia		36
Formazione		56
Personale		54
Risk Management area Sicurezza		51
S.I.T.R.A.		30
Segreteria Direzione Generale		7
SIA		9
SITRA		69

Ufficio Qualità	98
URP	23
Totale complessivo	1.257

FLOW CHART





ALLEGATO 1

PIANO ATTIVITA'/FLUSSI CONNESSI AL PROCESSO DI BUDGET

FASE	SOTTOFASE	PERIODO	ATTORE	RUOLO ATTORE	STRUMENTO ATTORE	RESPONSABILITA' ATTORE			
Predisposizione della documentazione a supporto della Negoziazione	Pianificazione del Processo e Linee Guida	Novembre-Dicembre	Regione Lombardia	Pubblicazione degli indirizzi in merito alla gestione del SSR per l'anno di competenza e circolare applicativa	Redazione della DGR	INDIRIZZO			
		Novembre-Dicembre	Direzione Strategica	Presentazione durante il Collegio di Direzione degli indirizzi regionali e loro applicazione all'interno dell'azienda	Slides di presentazione	DECLINAZIONE INDIRIZZI REGIONALI NEL CONTESTO AZIENDALE			
		Novembre-Dicembre	Collegio di Direzione						
		Dicembre	CDG	Recepimento indirizzi regionali ed aziendali e prima declinazione	Database CDG obiettivi	FORMULAZIONE PROCESSO ED OBIETTIVI			
	Macro definizione obiettivi	Dicembre		GRUPPO DEGLI STAFF	Nell'incontro degli staff di dicembre il gruppo degli staff recepisce le indicazioni del Controllo di Gestione, così come declinate dalla Regione e dalla Direzione, e sulla base degli indirizzi esplicitati propone obiettivi trasversali.	Vari	FORMULAZIONE OBIETTIVI TRASVERSALI PER AREA DI COMPETENZA		
				CDG	Recepimento suggerimenti/indicazioni per il miglioramento	Database CDG obiettivi	IMPLEMENTAZIONE DATABASE		
	Verifica impostazione degli obiettivi	Dicembre - gennaio		Nucleo di Valutazione delle performance	Dopo la prima fase di impostazione del processo e degli obiettivi il Nucleo di Valutazione verifica la prima bozza di budget e formula un parere in merito.	Comunicazioni scritte e raccomandazioni orali	VERIFICA DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE IN COERENZA CON LE INDICAZIONI REGIONALI E LE RACCOMANDAZIONI FORMULATE		
				Controllo di Gestione & Comitato di Budget	Recepimento parere	Database CDG obiettivi	AGGIORNAMENTO DATABASE		
	Definizione Obietivi	gennaio		GRUPPO DEGLI STAFF	Affinamento obiettivi formulati nel precedente incontro	Database CDG obiettivi	TRASMISSIONE OBIETTIVI A CDG ENTRO FINE FEBBRAIO		
				Personale, Qualità, Flussi Informativi, DMPO, e SITRA	Elaborazione e calcolo degli indicatori	Database CDG obiettivi	TRASMISSIONE OBIETTIVI A CDG ENTRO FINE FEBBRAIO		
				CDG	Affinamento obiettivi di propria competenza, recepimento e armonizzazione degli obiettivi formulati dagli altri staff e declinazione per ogni U.O. aziendale Elaborazione e calcolo degli indicatori	Database CDG obiettivi	COORDINAMENTO PROCESSO IMPLEMENTAZIONE DATABASE PREDISPOSIZIONE SCHEDA DI BUDGET		
	Definizione Conto Economico e Produzione	febbraio		Regione Lombardia	Indirizzi in merito all'elaborazione del BPE	DGR	INDIRIZZO		
				Economco Finanziaria	Elaborazione BPE	BPE	RISPETTO SCADENZA REGIONALE		
				Ordinatori di spesa	Incontri finalizzati alla suddivisione per centro di costo delle spese	CONTO ECONOMICO (Report Med)	ARTICOLAZIONE COSTI PER CENTRO DI COSTO		
				CDG	approvate a bilancio		IMPLEMETANZIONE DB CONTO ECONOMICO		
				Direzione Strategica	Indirizzi in merito ai livelli di produzione	Slides di presentazione	INDIRIZZO		
				Flussi Informativi	Simulazione attività in funzione delle regole di sistema	Report di attività (reportsan)	DEFINIZIONE VOLUMI E VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE		
				CDG		Report di attività (reportmed)			
	CDG	Sintesi Dati	CONTO ECONOMICO (Report Med) E PRECONDIZIONI	IMPLEMETANZIONE DB CONTO ECONOMICO E SCHEDA PRECONDIZIONI					
	Definizione Calendario di Budget	febbraio		CDG	Predisposizione calendaio di budget	Calendario di budget	COORDINAMENTO PROCESSO		
Direzione Strategica				Approvazione informale calendario di budget	Calendario di budget	APPROVAZIONE TEMPSTICA			
Definizione schede di Budget	Entro 21 marzo	CDG	Stesura schede di budget per negoziazione	SCHEDE DI BUDGET	RISPETTO TEMPSTICA				
	Entro 26 marzo	CDG	Invio schede di budget per negoziazione	SCHEDE DI BUDGET	RISPETTO TEMPSTICA				
Presentazione Schede di budget	Prima dell'avvio degli incontri di budget		Direzione Strategica	Presentazione durante il Collegio di Direzione delle schede di budget	Slides di presentazione	CONDIVISIONE DATI E LOGICHE DI BUDGET			
			Collegio di Direzione						
			Direzione Strategica				Valutazione degli obiettivi dipartimentali, delle attese e degli aspetti eventualmente critici del Dipartimento.	SCHEDE DI BUDGET	RISPETTO TEMPSTICA
			Comitato di Budget						
			Rappresentanza DIP.				Eventuale aggiunta di obiettivi emersi in logica bottom-up	RISPETTO VARIAZIONI CONCORDATE	
			CDG				Aggiornamento dati in funzione di quanto concordato		
Incontri di Budget - Negoziazione di I° livello Negoziazione di II° livello	3-14 aprile		Comitato di Budget	Negoziazione di Budget	SCHEDE DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	RISPETTO TEMPSTICA			
			Rappresentanza U.O						
			Rappresentanza DIP.						
			CDG						
Incontri di Budget - Negoziazione di I° livello Negoziazione di II° livello	3-14 aprile		CDG	Aggiornamento dati in funzione di quanto concordato. Eventuale aggiunta di obiettivi emersi in logica bottom-up	SCHEDE DI BUDGET	RISPETTO VARIAZIONI CONCORDATE			
			Direzione Strategica	Analisi situazione aperte post incontri di budget per la verifica di	DOCUMENTO DI SINTESI INTERNO	APPROVAZIONE O DINIEGO DI RICHIESTE EMERSE DURANTE GLI			

ALLEGATO 1

PIANO ATTIVITA'/FLUSSI CONNESSI AL PROCESSO DI BUDGET

FASE	SOTTOFASE	PERIODO	ATTORE	RUOLO ATTORE	STRUMENTO ATTORE	RESPONSABILITA' ATTORE	
Negoziazione di Budget	Incontri Post Budget	5 giorni post budget	Comitato di Budget	soluzioni condivise o per programmare incontri di approfondimento	DOCUMENTO DI SINTESI INTERNO	INCONTRI - VALUTAZIONI SITUAZIONI PARTICOLARI	
		5 GIORNATE POST BUDGET	Direzione Strategica	Incontri di approfondimento	DOCUMENTO DI SINTESI INTERNO	RISPETTO TEMPISTICA	
			Comitato di Budget			VERIDICITA' DEL DATO	
	Approvazione Budget	Maggio		CDG	Aggiornamento dati in funzione di quanto concordato	SCHEDE DI BUDGET	RISPETTO TEMPISTICA
				Personale, Qualità, Flussi Informativi, DMPO e SITRA	Supporto a CDG per chiarimenti necessari per il consolidamento dei dati	SCHEDE DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	VERIDICITA' DEL DATO
				CDG	Consolidamento dati ed obiettivi, e predisposizione schede di budget definitive	SCHEDE DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	RISPETTO TEMPISTICA
				CDG	Invio schede definitive per la firma a Direzione, Dipartimenti e UU.OO.	SCHEDE DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	RISPETTO TEMPISTICA
				Direzione Strategica	Firma schede di Budget	SCHEDE DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	RISPETTO TEMPISTICA
				Direttori di Dipartimento	Firma schede di Budget		
				Direttori di U.O.	Firma schede di Budget		
CDG	Raccolta schede e Predisposizione della Delibera Aziendale	Deliberazione Aziendale	RISPETTO TEMPISTICA	VERIDICITA' DEL DATO			
I° Monitoraggio di budget (in funzione delle indicazioni regionali, del tempo di realizzazione del budget e delle scadenze regionali di Co.An; nel 2014 non effettuata)		Post invio I° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Predisposizione reportistica da compiliarsi, relativa a certificazioni ed autocertificazioni e di monitoraggio delle schede di budget	SCHEDE DI BUDGET E REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA	
		1 giorno post invio I° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Invio prospetti relativi alle autocertificazioni Invio prospetti relativi alle certificazioni	REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA	
		10-15 giorni	UU.OO. Certificatrici	Certificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		10-15 giorni	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Autocertificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		1 giorno post invio I° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Elaborazione dei dati per l'aggiornamento dei prospetti di conto economico e di attività	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
		5 giorni	Flussi Informativi	Caricamento dei dati provenienti dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
			Flussi Informativi	Aggiornamento database aziendale relativo all'attività erogata ed al conto economico del periodo di riferimento	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
		1 giorno	CDG	Verifica della ricezione di tutti i prospetti di certificazione ed autocertificazione inviati e della loro completa compilazione ed eventuale secondo sollecito dei certificatori/autocertificatori interessati	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI	
		2-3 giorni	UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget interessate	Eventuale re-invio di certificazioni/autocertificazioni complete e corrette	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		2-3 giorni	CDG		Compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi di gestione e compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica	SCHEDE DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI
						PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	
2-3 giorni	Direzione Strategica	Verifica dei dati inseriti nei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica e richiesta di eventuali approfondimenti	PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI			

ALLEGATO 1

PIANO ATTIVITA'/FLUSSI CONNESSI AL PROCESSO DI BUDGET

FASE	SOTTOFASE	PERIODO	ATTORE	RUOLO ATTORE	STRUMENTO ATTORE	RESPONSABILITA' ATTORE
		Attività: 2 giorni Conto Economico: 8-10 giorni	CDG	Analisi dei dati di attività e di conto economico; predisposizione di prospetti per le Unità Operative e di commenti relativi al loro andamento nel periodo di riferimento	SCHEDE DI MONITORAGGIO DELLE PRECONDIZIONI E DEL CONTO ECONOMICO	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
		1 giorno	CDG	Redazione delle relazioni di accompagnamento ai prospetti del monitoraggio per ciascun destinatario	SCHEDE DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET	RISPETTO DELLA TEMPISTICA
			CDG	Predisposizione dei documenti definitivi ed invio a tutti i destinatari	PROSPETTI DEFINITIVI DI MONITORAGGIO DEL BUDGET ED INVIO TRAMITE WEBMAIL	RISPETTO DELLA TEMPISTICA E DELLA CORRETTEZZA DEI DESTINATARI
		Tempistica a discrezione delle Unità Operative	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Segnalazione al Controllo di Gestione di eventuali dubbi o necessità di chiarimenti relativi al monitoraggio inviato	WEBMAIL - POSTA INTERNA AZIENDALE	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
		5-10 giorni	CDG	Risposta alle segnalazioni pervenute e eventuali approfondimenti	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI Gestionale Aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI
	II° Monitoraggio di budget	Post invio II° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Predisposizione reportistica da compilarsi, relativa a certificazioni ed autocertificazioni e di monitoraggio delle schede di budget	SCHEDE DI BUDGET E REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA
		1 giorno post invio II° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Invio prospetti relativi alle autocertificazioni Invio prospetti relativi alle certificazioni	REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA
		10-15 giorni	UU.OO. Certificatrici	Certificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
		10-15 giorni	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Autocertificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
		1 giorno post invio II° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Elaborazione dei dati per l'aggiornamento dei prospetti di conto economico e di attività	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
		2-3 giorni	Flussi Informativi	Caricamento dei dati provenienti dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
			Flussi Informativi	Aggiornamento database aziendale relativo all'attività erogata ed al conto economico del periodo di riferimento	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
		1 giorno	CDG	Verifica della ricezione di tutti i prospetti di certificazione ed autocertificazione inviati e della loro completa compilazione ed eventuale secondo sollecito dei certificatori/autocertificatori interessati	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI
		2-3 giorni	UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget interessate	Eventuale re-invio di certificazioni/autocertificazioni complete e corrette	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
		2-3 giorni	CDG	Compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi di gestione e compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica	SCHEDE DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI
2-3 giorni	Direzione Strategica	Verifica dei dati inseriti nei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica e richiesta di eventuali approfondimenti	PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI		

ALLEGATO 1

PIANO ATTIVITA'/FLUSSI CONNESSI AL PROCESSO DI BUDGET

FASE	SOTTOFASE	PERIODO	ATTORE	RUOLO ATTORE	STRUMENTO ATTORE	RESPONSABILITA' ATTORE	
Monitoraggio infra-annuale ed annuale		Attività: 2 giorni Conto Economico: 8-10 giorni	CDG	Analisi dei dati di attività e di conto economico; predisposizione di prospetti per le Unità Operative e di commenti relativi al loro andamento nel periodo di riferimento	SCHEDE DI MONITORAGGIO DELLE PRECONDIZIONI E DEL CONTO ECONOMICO	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
		1 giorno	CDG	Redazione delle relazioni di accompagnamento ai prospetti del monitoraggio per ciascun destinatario	SCHEDE DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET	RISPETTO DELLA TEMPISTICA	
			CDG	Predisposizione dei documenti definitivi ed invio a tutti i destinatari	PROSPETTI DEFINITIVI DI MONITORAGGIO DEL BUDGET ED INVIO TRAMITE WEBMAIL	RISPETTO DELLA TEMPISTICA E DELLA CORRETTEZZA DEI DESTINATARI	
		Tempistica a discrezione delle Unità Operative	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Segnalazione al Controllo di Gestione di eventuali dubbi o necessità di chiarimenti relativi al monitoraggio inviato	WEBMAIL - POSTA INTERNA AZIENDALE	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		5-10 giorni	CDG	Risposta alle segnalazioni pervenute e eventuali approfondimenti	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI Gestionale Aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI	
	Valutazione Intermedia	Ottobre-Novembre		CDG	Convocazione Incontro Nucleo di Valutazione della Performance e Comitato di Budget	COMUNICAZIONE DI CONVOCAZIONE	
				CDG	Predisposizione Materiale di lavoro in funzione del II° Monitoraggio di Budget	SCHEDE DI BUDGET RIVISITATE	VERIDICITA' DEL DATO
			Nucleo di Valutazione delle performance	Analisi andamento Verifica situazione aziendale Analisi indicatori critici	VERBALE INTERNO	VERIDICITA' DEL DATO	
			Comitato di Budget	Analisi criteri di valutazione Proposizione azioni correttive alla Direzione Strategica			
			Direzione Strategica	Valutazione indicazioni del NdVdP	DOCUMENTO INTERNO	VERIDICITA' DEL DATO	
			CDG	Recepimento indicazioni NdVdP e Direzione Strategica	SCHEDE DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	VERIDICITA' DEL DATO	
			Comitato di Budget				DOCUMENTO INTERNO
		Post invio III° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Predisposizione reportistica da compilarsi, relativa a certificazioni ed autocertificazioni e di monitoraggio delle schede di budget	SCHEDE DI BUDGET E REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA	
		1 giorno post invio III° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Invio prospetti relativi alle autocertificazioni Invio prospetti relativi alle certificazioni	REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA	
		10-15 giorni	UU.OO. Certificatrici	Certificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		10-15 giorni	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Autocertificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		1 giorno post invio III° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	Elaborazione dei dati per l'aggiornamento dei prospetti di conto economico e di attività	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
		2-3 giorni	Flussi Informativi	Caricamento dei dati provenienti dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
			Flussi Informativi	Aggiornamento database aziendale relativo all'attività erogata ed al conto economico del periodo di riferimento	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
	1 giorno	CDG	Verifica della ricezione di tutti i prospetti di certificazione ed autocertificazione inviati e della loro completa compilazione ed eventuale secondo sollecito dei certificatori/autocertificatori interessati	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI		

ALLEGATO 1

PIANO ATTIVITA'/FLUSSI CONNESSI AL PROCESSO DI BUDGET

FASE	SOTTOFASE	PERIODO	ATTORE	RUOLO ATTORE	STRUMENTO ATTORE	RESPONSABILITA' ATTORE	
III° Monitoraggio di budget	2-3 giorni	UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget interessate	UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget interessate	Eventuale re-invio di certificazioni/autocertificazioni complete e corrette	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		CDG	CDG	Compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi di gestione e compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica	SCHEDE DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI	
		Direzione Strategica	Direzione Strategica	Verifica dei dati inseriti nei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica e richiesta di eventuali approfondimenti	PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI	
		CDG	CDG	Analisi dei dati di attività e di conto economico; predisposizione di prospetti per le Unità Operative e di commenti relativi al loro andamento nel periodo di riferimento	SCHEDE DI MONITORAGGIO DELLE PRECONDIZIONI E DEL CONTO ECONOMICO	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA DEI DATI	
		CDG	CDG	Redazione delle relazioni di accompagnamento ai prospetti del monitoraggio per ciascun destinatario	SCHEDE DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET	RISPETTO DELLA TEMPISTICA	
		CDG	CDG	Predisposizione dei documenti definitivi ed invio a tutti i destinatari	PROSPETTI DEFINITIVI DI MONITORAGGIO DEL BUDGET ED INVIO TRAMITE WEBMAIL	RISPETTO DELLA TEMPISTICA E DELLA CORRETTEZZA DEI DESTINATARI	
		Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Segnalazione al Controllo di Gestione di eventuali dubbi o necessità di chiarimenti relativi al monitoraggio inviato	WEBMAIL - POSTA INTERNA AZIENDALE	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE	
		CDG	CDG	Risposta alle segnalazioni pervenute e eventuali approfondimenti	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI Gestionale Aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI	
	IV° Monitoraggio di budget	Post invio IV° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	CDG	Predisposizione reportistica da compilarci, relativa a certificazioni ed autocertificazioni e di monitoraggio delle schede di budget	SCHEDE DI BUDGET E REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA
			CDG	CDG	Invio prospetti relativi alle autocertificazioni Invio prospetti relativi alle certificazioni	REPORTISTICA PER LA CERTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	RISPETTO TEMPISTICA ASSEGNATA
		10-15 giorni	UU.OO. Certificatrici	UU.OO. Certificatrici	Certificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
		10-15 giorni	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Autocertificazione degli obiettivi di propria competenza attraverso la compilazione dei file inviati dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed, Portale della qualità, ReportSan	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
		1 giorno post invio IV° flusso regionale di contabilità analitica	CDG	CDG	Elaborazione dei dati per l'aggiornamento dei prospetti di conto economico e di attività	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
		2-3 giorni	Flussi Informativi	Flussi Informativi	Caricamento dei dati provenienti dal Controllo di Gestione	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
Flussi Informativi	Flussi Informativi		Aggiornamento database aziendale relativo all'attività erogata ed al conto economico del periodo di riferimento	Gestionale aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA TEMPISTICA CONCORDATA E DELLA CORRETTEZZA DEI DATI		
1 giorno	CDG	CDG	Verifica della ricezione di tutti i prospetti di certificazione ed autocertificazione inviati e della loro completa compilazione ed eventuale secondo sollecito dei certificatori/autocertificatori interessati	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI		
2-3 giorni	UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget interessate	UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget interessate	Eventuale re-invio di certificazioni/autocertificazioni complete e corrette	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE		

ALLEGATO 1

PIANO ATTIVITA'/FLUSSI CONNESSI AL PROCESSO DI BUDGET

FASE	SOTTOFASE	PERIODO	ATTORE	RUOLO ATTORE	STRUMENTO ATTORE	RESPONSABILITA' ATTORE
		2-3 giorni	CDG	Compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi di gestione e compilazione dei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica	SCHEDI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI
		2-3 giorni	Direzione Strategica	Verifica dei dati inseriti nei prospetti di monitoraggio degli obiettivi della Direzione Strategica e richiesta di eventuali approfondimenti	PROSPETTI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI
		Attività: 2 giorni Conto Economico: 8-10 giorni	CDG	Analisi dei dati di attività e di conto economico; predisposizione di prospetti per le Unità Operative e di commenti relativi al loro andamento nel periodo di riferimento	SCHEDI DI MONITORAGGIO DELLE PRECONDIZIONI E DEL CONTO ECONOMICO	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA DEI DATI
		1 giorno	CDG	Redazione delle relazioni di accompagnamento ai prospetti del monitoraggio per ciascun destinatario	SCHEDI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET	RISPETTO DELLA TEMPISTICA
			CDG	Predisposizione dei documenti definitivi ed invio a tutti i destinatari	PROSPETTI DEFINITIVI DI MONITORAGGIO DEL BUDGET ED INVIO TRAMITE WEBMAIL	RISPETTO DELLA TEMPISTICA E DELLA CORRETTEZZA DEI DESTINATARI
		Tempistica a discrezione delle Unità Operative	Tutte le UU.OO. Aziendali assegnatarie di obiettivi di budget	Segnalazione al Controllo di Gestione di eventuali dubbi o necessità di chiarimenti relativi al monitoraggio inviato	WEBMAIL - POSTA INTERNA AZIENDALE	VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE VALUTAZIONI INSERITE
5-10 giorni	CDG	Risposta alle segnalazioni pervenute e eventuali approfondimenti	DOCUMENTI INFORMATICI INTERNI Gestionale Aziendale ReportMed	RISPETTO DELLA CORRETTEZZA E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI		
Valutazione Finale	Valutazione Finale RAR	Gennaio-Febbraio	CDG	Convocazione Incontro Nucleo di Valutazione della Performance e Comitato di Budget	COMUNICAZIONE DI CONVOCAZIONE	
			CDG	Predisposizione Materiale di lavoro in funzione del IV° Monitoraggio di Budget	SCHEDI DI VALUTAZIONE FINALE	VERIDICITA' DEL DATO
			Nucleo di Valutazione delle performance	Verifica situazione aziendale Analisi indicatori critici	VERBALE INTERNO	VERIDICITA' DEL DATO
			Comitato di Budget	Analisi criteri di valutazione Validazione Valutazione		
			CDG	Predisposizione Schede di Valutazione Finali ed elaborazione di apposito verbale entro 7 gg dall'incontro e comunque in tempo utile per la messa in pagamento a febbraio	SCHEDI DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	VERIDICITA' DEL DATO
			Comitato di Budget		DOCUMENTO INTERNO	
	Valutazione Finale Obiettivi di Budget	Febbraio-Marzo	CDG	Convocazione Incontro Nucleo di Valutazione della Performance e Comitato di Budget	COMUNICAZIONE DI CONVOCAZIONE	
			CDG	Predisposizione Materiale di lavoro in funzione del IV° Monitoraggio di Budget	SCHEDI DI VALUTAZIONE FINALE	VERIDICITA' DEL DATO
			Nucleo di Valutazione delle performance	Verifica situazione aziendale Analisi indicatori critici	VERBALE INTERNO	VERIDICITA' DEL DATO
			Comitato di Budget	Analisi criteri di valutazione Validazione Valutazione		
			CDG	Predisposizione Schede di Valutazione Finali ed elaborazione di apposito verbale entro 7 gg dall'incontro e comunque in tempo utile per la messa in pagamento a marzo.	SCHEDI DI BUDGET (PRECONDIZIONI, CONTO ECONOMICO, OBIETTIVI)	VERIDICITA' DEL DATO
			Comitato di Budget		DOCUMENTO INTERNO	

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Avvio e Potenziamento Rete Stroke (In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica)	- Corretta applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da Stroke - Pieno utilizzo dell'archivio regionale Stroke - Gestione di almeno l'80% dei casi di ICTUS acuto presso la Stroke Unit aziendale o altra Stroke Unit regionale.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	1) Flusso contratti dispositivi medici 2) Flusso consumo dispositivi medici	1) N. invii corretti e completi relativi al 50% dei contratti 2) Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontandoli con le voci di Bilancio corrispondenti - copertura \geq 85%	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	1) Piano straordinario di interventi per l'ammodernamento tecnologico complesso e la qualificazione delle strutture pubbliche ai sensi della L.R. n. 18/2012e della DGR n. X/388/2013 2) Finanziamenti ex L.R. n. 5/2013 ai sensi dalla DGR n. X/821/2013 (condiviso con Economico Finanziaria ed area Acquisti)	1) Attuazione degli interventi con puntuale rendicontazione delle spese sostenute 2) Rispetto puntuale degli adempimenti previsti dalla DGR n. X/821/2013; rendicontazione delle risorse di cui all'allegato A della DGR medesima	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	1) Piano straordinario di interventi per l'ammodernamento tecnologico complesso e la qualificazione delle strutture pubbliche ai sensi della L.R. n. 18/2012e della DGR n. X/388/2013 2) Finanziamenti ex L.R. n. 5/2013 ai sensi dalla DGR n. X/821/2013 (condiviso con Economico Finanziaria ed area Acquisti)	1) Attuazione degli interventi con puntuale rendicontazione delle spese sostenute 2) Rispetto puntuale degli adempimenti previsti dalla DGR n. X/821/2013; rendicontazione delle risorse di cui all'allegato A della DGR medesima	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	1) Piano straordinario di interventi per l'ammodernamento tecnologico complesso e la qualificazione delle strutture pubbliche ai sensi della L.R. n. 18/2012e della DGR n. X/388/2013 2) Finanziamenti ex L.R. n. 5/2013 ai sensi dalla DGR n. X/821/2013 (condiviso con Economico Finanziaria ed area Acquisti)	1) Attuazione degli interventi con puntuale rendicontazione delle spese sostenute 2) Rispetto puntuale degli adempimenti previsti dalla DGR n. X/821/2013; rendicontazione delle risorse di cui all'allegato A della DGR medesima	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	1) Rispetto scadenze Collegio Sindacale 2) Richieste chiarimenti N.O.C.C.	1) Invio risposte alla Direzione Amministrativa entro i 5 giorni antecedenti l'incontro del collegio Sindacale 2) Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti.	Obiettivo declinato a livello aziendale dalla Direzione Strategica	Obiettivo di interesse aziendale su mandato della Direzione Amministrativa	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	1) Rispetto scadenze Collegio Sindacale 2) Richieste chiarimenti N.O.C.C.	1) Invio risposte alla Direzione Amministrativa entro i 5 giorni antecedenti l'incontro del collegio Sindacale 2) Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti.	Obiettivo declinato a livello aziendale dalla Direzione Strategica	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	1) Rispetto scadenze Collegio Sindacale 2) Richieste chiarimenti N.O.C.C.	1) Invio risposte alla Direzione Amministrativa entro i 5 giorni antecedenti l'incontro del collegio Sindacale 2) Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti.	Obiettivo declinato a livello aziendale dalla Direzione Strategica	Obiettivo di interesse aziendale su mandato della Direzione Amministrativa	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	1) Rispetto scadenze Collegio Sindacale 2) Richieste chiarimenti N.O.C.C.	1) Invio risposte alla Direzione Amministrativa entro i 5 giorni antecedenti l'incontro del collegio Sindacale 2) Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti.	Obiettivo declinato a livello aziendale dalla Direzione Strategica	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	1) Rispetto scadenze Collegio Sindacale 2) Richieste chiarimenti N.O.C.C.	1) Invio risposte alla Direzione Amministrativa entro i 5 giorni antecedenti l'incontro del collegio Sindacale 2) Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti.	Obiettivo declinato a livello aziendale dalla Direzione Strategica	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	1.Riordino Trasfusionali;	1.1. Avvio entro l'anno delle attività secondo il nuovo assetto deliberato dalla Giunta Regionale (conferma del raggiungimento del risultato da parte di AREU)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	10.Sviluppo della rete locale di cure palliative (DGR IX/4619/2012)	1) Attività del Dipartimento interaziendale Cure Palliative: casistica 2014 > 2013; 2) applicazione del percorso di presa in carico in coerenza con la DGR IX/ 4619/2012 dato 2014 > 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	12.Migliorare l'appropriatezza clinica "gender oriented"	- N° di focus group di Medicina di Genere organizzati nell'anno - Partecipazione significativa ai corsi formativi della D.G. Salute	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DEA	13.Miglioramento delle attività di soccorso dei pazienti urgenti	Pianificazione della distribuzione dei pazienti E/U soccorsi dal SSUEM 118 nel rispetto di specifici piani di accoglienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera / comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	16.Riordino e gestione dei punti nascita	- Istituzione del Comitato Percorso Nascita locale (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10) - Definizione della Carta dei Servizi relativa al Punto Nascita (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	16.Riordino e gestione dei punti nascita	- Istituzione del Comitato Percorso Nascita locale (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10) - Definizione della Carta dei Servizi relativa al Punto Nascita (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	16.Riordino e gestione dei punti nascita	- Istituzione del Comitato Percorso Nascita locale (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10) - Definizione della Carta dei Servizi relativa al Punto Nascita (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	16.Riordino e gestione dei punti nascita	- Istituzione del Comitato Percorso Nascita locale (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10) - Definizione della Carta dei Servizi relativa al Punto Nascita (ex Accordo Stato Regioni 16.12.10)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	2. Adesione al PDTA mammella e colon;	2.1 Incremento % di pazienti affetti dalla patologia indice trattati secondo le previsioni del PDTA	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	2. Adesione al PDTA mammella e colon;	2.1 Incremento % di pazienti affetti dalla patologia indice trattati secondo le previsioni del PDTA Partecipazione al tavolo di studio interaziendale sui cancro intervallo della mammella	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	20. Attuazione delle regole di sistema anno 2014 DGR X 1185/2013 in particolare in rapporto al rispetto dei contingenti complessivi del personale, rispetto del budget assegnato personale dipendente e convenzionato, completezza dei flussi informativi (Conto Annuale es 2013, Allegato al CE 13 e 14, Flussi A, B e C anno 2014, Bilancio – Modello A) e reciproca coerenza	Il totale complessivo dei contingenti del personale dipendente dell'anno 2014 ≤ all'anno 2013 e comunque non deve superare il totale del 2013. Assunzione di personale a tempo determinato 2014 ≤ 2013 (salvo esplicita indicazione derivanti da nuove disposizioni regionali o pareri del Collegio dei revisori) completezza, qualità e coerenza contenenti nei diversi flussi compresi i contabili Le azioni relative a quest'area sono sempre subordinate a decisioni di tipo aziendale concordate dalla Direzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	3. Migliorare l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e nelle sorveglianze speciali (Morbilli e Rosolia, Malattie Invasive Batteriche)	3.1 segnalazioni alle ASL di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi: ≥ 90% 3.2 compliance terapeutica per la Tubercolosi > 80% 3.3 Segnalazione alle ASL di tutti i nuovi casi di sieropositività con completezza dei dati della scheda	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Medica di Presidio	4. Potenziare le attività integrate (direzioni sanitarie, sistema qualità, risk management) di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza	4.1 Relazione annuale (max 10 pagine) che descriva: a. analisi epidemiologica di contesto contenente dati di monitoraggio per agenti sentinella, resistenze antibiotiche, batteriemie da stafilococco aureo da fonte sistema INFOSP, ricordati con dati SDO e di consumi farmaci b. criticità (rilevate in base ai dati al punto a) e obiettivi prioritari di miglioramento c. azioni intraprese con evidenza delle aree aziendali coinvolte nel processo (Direzione Sanitaria, Sistema Qualità, Risk Management, altro) d. risultati raggiunti Invio entro il 31.12.2014 a sanita@pec.regione.lombardia.it	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di mandato dei direttori generali per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Laboratorio Analisi	6. Concentrazione delle analisi di laboratorio in un unico punto aziendale Laboratori (progetti esecutivi aziendali o interaziendali validati da ASL);	6.1. Presentazione di un piano di riordino aziendale o interaziendale condiviso con la ASL di riferimento	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Abbisogna online	Collaborazione/supporto alle U.O./servizi per l'implementazione delle abbisogne online	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) (Target: 90%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Acquisti di Beni e Servizi	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) (Target: 90%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Comunicazioni	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Controllo di Gestione	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Amministrativa di Presidio	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) (Target: 90% - percentuale di tolleranza pari al 10%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Medica di Presidio	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Formazione	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Mina	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Personale	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) (Target: 90%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ragioneria	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) (Target: 90%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Segr. Direzione Generale	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SIA	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) Target 90%	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Tecnico Patrimoniale	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC) (Target 90%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
URP	Accessibilità delle informazioni ex Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale dei dati previsti nel Programma triennale Trasparenza e Integrità (allegato 3 del PTPC)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Attuazione D. lgs 33/2013; Legge 190/2012 e P.N.A. Misura obbligatoria di prevenzione della corruzione prevista dal Piano Prevenzione corruzione e Programma Triennale della Trasparenza; DGR n. 1185/ 2013 include gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accredimento delle strutture sanitarie.	Raggiunto se i responsabile della pubblicazione adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti nell'Al 3 del PTPC nell'apposito livello della sez Amministrazione Trasparente, secondo le caratteristiche e i tempi indicati nel PTTI	nr. documenti/dati da pubblicare ex PTTI/ nr documenti pubblicati =90%	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Acquisti di Beni e Servizi	Acquisti attraverso gare aggregate	Valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate + 10% del valore 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Acquisti attraverso gare aggregate	L'obiettivo per l'esercizio 2014 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2013. La misurazione verrà effettuata sul perimetro della programmazione aggregata e l'obiettivo risulterà in ogni caso raggiunto se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/agggregati pari ad almeno il 50%.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Acquisto di spazi pubblicitari	1) Per l'acquisto di spazi pubblicitari sui mezzi di comunicazione di massa gli enti sanitari dovranno rispettare le percentuali annue obbligatorie stabilite dalla l.r. 33/2008, n. 33, art. 15, come modificato dalla l.r. 22/2011, art. 6, ovvero almeno il 30 per cento a favore dei giornali quotidiani e periodici ed almeno il 5 per cento a favore dell'emittenza privata televisiva e radiofonica locale. 2) Gli enti sanitari si avvarranno del Centro Media Starcom srl aggiudicatario della gara centrale per la fornitura di servizi di intermediazione pubblicitaria.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Farmacia	Adempimenti per le aziende	1) la prosecuzione delle iniziative attivate negli anni precedenti sui farmaci equivalenti 2) l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri, per la parte di medicinali che contribuiscono ad un'induzione territoriale (es. ATC C08, C09, C10, M01, M05, J01) in condivisione con le ASL ed in coerenza con le regole prescrittive ed i profili di costo territoriali 3) verifica ed aggiornamento dei prontuari alla dimissione di AO/Fondazioni, con medesimi criteri di cui al punto precedente Obiettivo di mandato Pubblicazione su sito web di ciascuna AO del prontuario ospedaliero aggiornato per la parte di medicinali che contribuiscono ad un'induzione territoriale (es. ATC C08, C09, C10, M01, M05, J01) fatta in condivisione con le ASL ed in coerenza con le regole prescrittive ed i profili di costo territoriali.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Cardiologia	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Centro Oncologico	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch. Vascolare	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch.Generale	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Cure Palliative	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Urologia	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Gastroenterologia	Adozione di percorso condiviso ASL/AO di presa in carico Malattie rare: nota prot. H1.2014.3501 del 28/01/2014);	1) Entro il 31.12.2014 adozione di un protocollo d'intesa sottoscritto dalla ASL, dalle Strutture sanitarie di competenza territoriale e dai suoi Presidi di Rete e che dovrà essere inviato al Centro di Coordinamento della Rete Regionale delle Malattie Rare e alla D.G. Salute per la relativa pubblicazione sul sito regionale 2) Sottoscrizione del documento Protocollo Malattie Rare secondo quanto disposto dalla circolare regionale H1.2014.0003501 del 28/1/2014 in ottemperanza alle Regole di sistema 2014 di cui alla DGR 1185/2013.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Aggiornamento dei dati riguardanti l'attuazione degli interventi di edilizia sanitaria, inventario beni immobili, tecnologie sanitarie	Rispetto della tempistica e completezza dei dati	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Aggiornamento mappa accessi per persone disabili - Prosecuzione progetto intrapreso nel 2013	1) Aggiornamento, in collaborazione con l'U.O. Tecnico-Patrimoniale, di una mappa per l'accesso alla struttura da parte di persone disabili 2) Diffusione della mappa all'interno della struttura (ad es. tramite cartellonistica) 3) Predisposizione delle attività per la redazione di una mappa relativa al Presidio di Rivolta d'Adda	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nella relazione di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Aggiornamento monitoraggio sistemi	Controllo da parte del responsabile di presidio su base elenco server e apparati di rete	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Aggiornamento sistema operativo server Linux	Controllo da parte del responsabile di presidio su base elenco server	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Anticipazioni di tesoreria	Inoltrare apposita e motivata comunicazione preventiva agli uffici competenti della D.G. Salute qualora si manifestassero esigenze straordinarie di cassa oltre i limiti dei finanziamenti assegnati per importi elevati e per periodi continuativi	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Archivio storico	Rispetto degli step concordati con la Sovrintendenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Ascolto e mediazione trasformativa	Dare evidenza, entro il 20/01/2014, dei casi trattati (n. di ascolti/mediazioni) dall'equipe mediatori Prosecuzione anche nel corso dell'anno 2014, anche attraverso la partecipazione agli incontri del CVS	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nella relazione di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Personale	Assenteismo	Attivazione del monitoraggio del tasso aziendale di assenteismo Da calcolarsi attraverso l'utilizzo dei dati attualmente a disposizione nei flussi informativi relativi al personale	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo da piano aziendale di miglioramento	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	tasso di assenteismo (indicatori HPH) Standard: non esplicitato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Assunzioni a tempo determinato ed indeterminato	Le assunzioni a tempo determinato di personale sanitario, per la copertura dei posti vacanti, nelle more del PA annuale 2014, potranno essere effettuate unicamente, o in caso di interruzione di pubblico servizio, o per l'area dell'emergenza-urgenza, o anche per la conduzione dell'iter diagnostico-terapeutico, debitamente certificate dal DG e validate dal collegio sindacale, e nel rispetto del budget assegnato. Le assunzioni a tempo indeterminato del personale del comparto e delle dirigenze nonché la copertura di posizioni di Direzione di Strutture Complesse Mediche/Veterinarie/SPTA dovranno essere autorizzate nell'ambito del Piano Annuale di assunzione approvato dalla Giunta Regionale e dovranno comunque essere ricomprese all'interno dei fabbisogni complessivi di personale autorizzati dalla Giunta stessa. Si rammenta il disposto dell'articolo 15, comma 7-quinquies, D.Lgs. 502/92 in ordine al divieto di utilizzo di contratti a tempo determinato ex art. 15-septies D.Lgs. 502/92, per il conferimento degli incarichi di Struttura Complessa dell'area medica, veterinaria e del ruolo sanitario. In ordine alle assunzioni del personale del comparto e delle dirigenze riferite ai Laboratori di Biochimica Clinica, Microbiologia e Servizio Trasfusionale nonché quelle	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Attività del CVS	Partecipazione attiva agli incontri del CVS: garantire la continuità operativa del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio per definire ed attuare le politiche aziendali di Risk Management nonché del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per migliorare la gestione dei sinistri con particolare attenzione alle riforme legislative in atto in materia di conciliazione.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Attività del CVS	Comunicazione all'Uff. Qualità del report delle azioni di miglioramento relative ai sinistri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Adempimento dell'obiettivo assegnato per quanto di competenza	Adempimento dell'obiettivo assegnato per quanto di competenza	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Attività del CVS	Supporto alle diverse attività implementate dal CVS	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Attività del CVS	Partecipazione attiva agli incontri del CVS: garantire la continuità operativa del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio per definire ed attuare le politiche aziendali di Risk Management nonché del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per migliorare la gestione dei sinistri con particolare attenzione alle riforme legislative in atto in materia di conciliazione.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
URP	Attività del CVS	1) deve essere sempre coinvolto il mediatore di conflitti nell'analisi e la valutazione di tutti i casi nei quali, accanto ad una richiesta di risarcimento per danno oggettivo, emerge la sofferenza emotiva del danno, il dolore del conflitto, la sfiducia verso la struttura 2) resi attivi i gruppi di ascolto aziendali garantendo ai pazienti e al personale sanitario un canale di comunicazione privilegiato	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Attuazione della DGR n IX/4475 del 5 dicembre 2012 "Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012)" secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012	Evidenza del raccordo con la ASL competente per territorio finalizzato all'offerta delle vaccinazioni alle categorie a rischio	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Direzione Medica	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale 2014: Attuazione DGR n. 1521/2014 - allegato A Tutte le AO interessate dai finanziamenti	Trasmissione del Progetto da porre a base di gara completo dei pareri STER – ut LAVORI Pubblici ed ASL, alla DG Salute entro i termini stabiliti dalla circolare attuativa	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Attuazione PAC	1) Attuazione PAC secondo la tempistica definita da R.L. 2) in caso di silenzio regionale: a) condivisione PAC regionale con Dipartimento Amministrativo allargato entro fine giugno ; b) elaborazione bozza aziendale PAC entro fine luglio	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Aumento prelievi tessuti	1) Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente 2) Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale 3) Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione 4) Rispetto 100% del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch. Vascolare	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (percento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (percento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Aumento prelievi tessuti	1) Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente 2) Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale 3) Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione 4) Rispetto 100% del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager. 5) prelievo di sangue cordonale autologo (percento sui parti) PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (percento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (percento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Nefrologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Aumento prelievi tessuti	1) Prelievi di cornee (superiore al 10% dei decessi in ospedale). 2) Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE OMOLOGO / a scopo solidaristico (per cento sui parti) si richiede di favorire la promozione dei prelievi	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE AUTOLOGO (per cento sui parti) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE OMOLOGO / a scopo solidaristico (per cento sui parti) si richiede di favorire la promozione dei prelievi	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE AUTOLOGO (per cento sui parti) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (superiore al 10% dei decessi in ospedale). PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LA PRESTAZIONE TECNICO-ASSISTENZIALE OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATA LA PROCEDURA DI PRELIEVO DEL TESSUTO (non alla decisione clinica)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Aumento prelievi tessuti	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	PRELIEVI DI CORNEE (per cento sui decessi) Standard: VALORE REGIONALE	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Autosufficienza Unità Operative mediche	Ridurre la % di giornate di degenza dei ricoveri delle U.O. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Sicurezza ed efficienza dei processi dipartimentali	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Per cento di giornate di degenza dei ricoveri delle UU.OO. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche Standard: -80%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Autosufficienza Unità Operative mediche	Ridurre la % di giornate di degenza dei ricoveri delle U.O. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Sicurezza ed efficienza dei processi dipartimentali	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di giornate di degenza dei ricoveri delle UU.OO. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche Standard: -80%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Autosufficienza Unità Operative mediche	Ridurre la % di giornate di degenza dei ricoveri delle U.O. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Sicurezza ed efficienza dei processi dipartimentali	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di giornate di degenza dei ricoveri delle UU.OO. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche Standard: -80%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Autosufficienza Unità Operative mediche	Ridurre la % di giornate di degenza dei ricoveri delle U.O. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Sicurezza ed efficienza dei processi dipartimentali	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di giornate di degenza dei ricoveri delle UU.OO. mediche in appoggio presso UU.OO. Chirurgiche Standard: -80%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	AUTOVALUTAZIONE REGIONALE - Ex standar JCI	1) esecuzione autovalutazione semestrale; 2) raggiungimento standard 95%, a fine anno, a seguito di verifica interna	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	AUTOVALUTAZIONE REGIONALE - Ex standar JCI	1) esecuzione autovalutazione semestrale; 2) raggiungimento standard 95%, a fine anno, a seguito di verifica interna	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Poliambulatori	AUTOVALUTAZIONE REGIONALE - Ex standard JCI	1) esecuzione autovalutazione semestrale; 2) raggiungimento standard 95%, a fine anno, a seguito di verifica interna	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	AUTOVALUTAZIONE REGIONALE - Ex standard JCI	1) esecuzione autovalutazione semestrale; 2) raggiungimento standard 95%, a fine anno, a seguito di verifica interna	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ragioneria	Autovetture, missioni e spese di rappresentanza	<p>Coordinamento e redazione del modello di monitoraggio delle seguenti voci:</p> <p>1) Le autovetture aziendali rientrano nel limite di spesa di cui all'art. 5, comma 2, D.L. 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa con invarianza dei servizi ai cittadini", ad eccezione di quelle relative ai mezzi di soccorso di I° e II° livello. Si dispone l'uso delle autovetture unicamente per fini istituzionali</p> <p>2) Al fine di non determinare un incremento della spesa rispetto al 2013, si raccomanda il ricorso esclusivo alle missioni strettamente legate alle attività istituzionali obbligatorie</p> <p>3) Si confermano infine le indicazioni regionali già fornite in tema di spese di rappresentanza, per relazioni pubbliche, convegni, mostre e pubblicità, sponsorizzazioni (art. 6 commi 8 e 9, L.122/2010), con nota prot. nn. H1.2011.0037971 del 29.12.2011: tali spese si intendono interamente soggette alle riduzioni previste; restano escluse solo quelle strettamente legate alle attività istituzionali obbligatorie.</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Budget 2014	Realizzazione secondo calendario	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Caratteristiche del Piano di Formazione aziendale	<p>1) prevedere una ricaduta formativa a livello aziendale dei temi strategici affrontati a livello regionale con particolare attenzione alle tematiche: rischio clinico, attività di controllo e ispettive, continuità assistenziale, appropriatezza, cronicità e rapporto tra ospedale e territorio, formazione sugli adeguamenti normativi, programmi integrati di promozione di stili di vita favorevoli alla salute</p> <p>2) favorire il trasferimento delle conoscenze e l'integrazione tra i professionisti che operano - con diverse figure professionali e con diversi ruoli - all'interno delle filiere di processo aziendali.</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Caricamento dati in ReportMed	<p>1) Caricamento dati attività (ricoveri e ambulatoriale) entro 8 giorni lavorativi post invio dati in Regione</p> <p>2) Report del personale (presenze-assenze) entro 30 gg da fine mese (mensile);</p> <p>3) Report del personale (stipendi) entro 60 gg da fine mese (trimestrale +5gg lavorativi flessibilità);</p> <p>4) Report consumi entro 60 gg da fine mese (trimestrale +5gg lavorativi flessibilità)</p> <p>5) Dati di attività entro entro 8 giorni dalla data di invio dei flussi in regione</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Certificati di malattia	<p>1) Le strutture ospedaliere dovranno inviare online sia le comunicazioni di inizio ricovero, sia le certificazioni di malattia in sede di dimissione - seguire le indicazioni della circolare ad-hoc che verrà pubblicata da Regione Lombardia</p> <p>2) Nel 2014 verrà integrato presso i PS delle AO l'invio dei flussi informativi relativi ai certificati medici d'infortunio sul lavoro a INAIL e ASL.</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pediatria	Certificati di malattia	Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch. Vascolare	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch.Generale	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Gastroenterologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Medicina Generale	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Nefrologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Neurologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Oculistica	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Oncologia Medica	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ortopedia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ostetricia-Ginecologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Otorinolaringoiatria	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pneumologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pronto Soccorso	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Inviare online sia le comunicazioni di inizio ricovero, sia le certificazioni di malattia in sede di dimissione - seguire le indicazioni della circolare ad-hoc che verrà pubblicata da Regione Lombardia 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Psichiatria	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Cardiologica	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Delle Dipendenze	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	Certificati di malattia di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Respiratoria	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Urologia	Certificati di malattia e di infortunio sul lavoro	1) Rilasciare i certificati di malattia ai pazienti dimessi 2) trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da AAOO a INAIL e ASL, . come da specifica nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014 - 100% degli invii fatto in via telematica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento certificati malattia rilasciati sui dimessi Standard: 50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Certificazione Cermet U.O. Controllo di Gestione	Supporto all'U.O. per la certificazione al Cermet per l'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Certificazione idoneità alla mansione per i tirocinanti dei corsi di laurea	Ricezione ed archiviazione delle idoneità degli studenti tirocinanti per studenti provenienti da università diverse (anche tirocinanti, volontari ed altri frequentanti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DEA	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Amministrativo	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Dip. Cardiocerebrovascolare	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Riabilitazione	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Chirurgiche	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Mediche	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DSM	Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dalla Direzione alle Unità Operative	Raggiunto se il responsabile del Dipartimento sarà presente in tutti gli incontri del Collegio di Direzione; faranno eccezione solamente le assenze ritenute giustificate	N. presenze agli incontri / n. incontri effettuati	Segreteria Direzione Generale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Segr. Direzione Generale	Collegio di Direzione	1) Invio report delle sedute del Collegio di Direzione ai Responsabili di UU.OO. e Staff entro 40 gg dalla seduta del Collegio di Direzione. 2) Disponibilità in Intranet del verbale del Collegio di Direzione entro 40 gg dalla seduta del Collegio di Direzione. Aggiornare indicatore come da accordi intercorsi durante l'anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anestesia e Rianimazione	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
NPI	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Radiologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Completamento dell'attivazione del corso triennale di laurea in discipline infermieristiche.	1. Progettazione organizzativa e avvio del tirocinio studenti secondo anno (Entro giugno 2014). 2. Progettazione organizzativa e avvio del terzo anno corso laurea (entro novembre 2014)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di completare il percorso di attivazione del corso di laurea in infermieristiche per garantire, all'azienda ospedaliera di Crema, la preparazione di professionisti infermieri in grado di assicurare continuità assistenziale.	1.avvio del tirocinio degli studenti del secondo anno corso. (St.100%) 2. avvio del terzo anno corso. (St. 100%)	1.presenza degli studenti nelle UUOO per l'espletamento del tirocinio professionalizzante. 2. presenza, in aula, degli studenti e docenti per il terzo anno corso di laurea.	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio (periodo giugno-dicembre)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Segr. Direzione Generale	Conferenza Servizi 2014	1) Organizzazione evento; 2) Elaborazione documento finale entro 3 mesi dall'evento.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Personale	Consulenze	Costi effettivi competenza 2014/Budget assegnato 2014 <=1 spesa dei contratti di consulenza e atipici 2014 < = al 2013 Le azioni relative a quest'area sono sempre subordinate a decisioni di tipo aziendale concordate dalla Direzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 8.058 Dato 2014: 8.702,64	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nella relazione di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Controllo dei farmaci innovativi:	- controllo dell'85% della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oncologici, oftalmologici, nuovi farmaci per HCV con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18), a partire dal 2° semestre 2014. - Inserimento del 100% dei PT relativi ai nuovi farmaci NAO (nuovi farmaci anticoagulanti orali) nella piattaforma web di AIFA	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Controllo documentazione ambulatoriale	Controllo mensile della documentazione ambulatoriale a campione su agende selezionate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Direzione medica	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Poliambulatori	Controllo documentazione ambulatoriale	Controllo mensile della documentazione ambulatoriale a campione su agende selezionate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Direzione medica	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Controllo processo di formazione del personale (gestione piano Eupolis ed iniziative di formazione)	Definire la struttura del processo complessivo ed effettuare il monitoraggio, attraverso la collaborazione con i referenti formazione dipartimentali, per conoscere: - personale che ha partecipato ai corsi; - data di iscrizione; - riscontro di effettiva partecipazione o motivo dell'assenza/mancata accettazione dell'iscrizione da parte dell'ente organizzatore	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Corretta e puntuale compilazione della documentazione di servizio: gestione registro sala macchine	Controllo da parte del responsabile di presidio	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Corretta gestione inventario: comunicazione tempestiva e completa dei dati relativi ai dispositivi	Controllo da parte del responsabile di presidio	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cardiologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: corretta codifica cod 86.22 "Rimozione asportativa di ferita..."	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di corretta codifica cod 86.22 "Rimozione asportativa di ferita..." Standard: 99%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle subacuti sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle subacuti sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
NPI	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pediatria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Delle Dipendenze	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eeguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Correttezza della codifica delle prestazioni	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza) Standard: 100%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Customer Satisfaction (1 di 2)	Realizzazione e diffusione on line (intranet) delle due elaborazioni di Customer Satisfaction e dei grafici a supporto	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nella relazione di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Customer Satisfaction (2 di 2)	Elaborazione, in occasione delle due rilevazioni annuali, delle valutazioni (media ponderata) per il calcolo del raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati a ciascuna U.O. aziendale. Supporto metodologico dell'U.O. Controllo di Gestione ove necessario	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nella relazione di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	DB sinistrosità aziendale	Aggiornamento continuo del Data Base regionale per il monitoraggio della sinistrosità aziendale (RCT/O), delle polizze Porre particolare attenzione alla descrizione del fatto e alla valorizzazione delle riserve (aggiornare periodicamente).	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	DB sinistrosità aziendale	Completamento dei Data Base precedenti con la raccolta, a cadenza semestrale, degli eventi avversi non esitati in richiesta di risarcimento con valore di un probabile futuro esborso a titolo di risarcimento > 300.000 Euro. Per tali casi dovranno essere indicate le azioni migliorative messe in campo.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	Definire Protocollo per donazioni-contributi	1) Definire procedura operativa condivisa fra U.O. Controllo Atti ed Economico Finanziaria entro fine aprile; 2) Implementazione DB da parte di Economico Finanziaria entro metà maggio con i seguenti campi: a) Deliberazione/determina; b) tipologia contributo/donazione; c) conto aziendale; d) fattura; e) importo; f) utilizzo; g) causale utilizzo; h) Residuo da accantonare nell'anno corrente	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Definire Protocollo per donazioni-contributi	1) Definire procedura operativa condivisa fra U.O. Controllo Atti ed Economico Finanziaria entro giugno; 2) Implementazione DB da parte di Economico Finanziaria entro metà giugno con i seguenti campi: a) Deliberazione/determina; b) tipologia contributo/donazione; c) conto aziendale; d) fattura; e) importo; f) utilizzo; g) causale utilizzo; h) Residuo da accantonare nell'anno corrente	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Definire Protocollo per donazioni-contributi	1) Definire procedura operativa condivisa fra U.O. Controllo Atti ed Economico Finanziaria entro giugno; 2) Implementazione DB da parte di Economico Finanziaria entro metà giugno con i seguenti campi: a) Deliberazione/determina; b) tipologia contributo/donazione; c) conto aziendale; d) fattura; e) importo; f) utilizzo; g) causale utilizzo; h) Residuo da accantonare nell'anno corrente	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Disposizione in ordine al trattamento contabile degli oneri STP (onere 9)	1) Aggiornamento della procedura 2) Comunicazione della stessa alle UU.OO. interessate 3) Invio dati all'U.O. Economico Finanziaria entro 60 giorni dalla fine del mese di competenza - - salvo diversa indicazione regionale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	DRG ad alto tasso di inappropriatezza	Riduzione del 10%, a livello aziendale, dei casi di DRG ad elevato tasso di inappropriatezza rispetto all'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Edilizia sanitaria: attuazione del VI Atto integrativo nel rispetto delle procedure ministeriali	Trasmissione del progetto da porre a base di gara, completo dei pareri STER – UT LL.PP. e ASL, alla DG Salute entro il 30/06/2014 nel rispetto della scadenza e nella completezza documentale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Elaborazione obiettivi RAR	Valutazione finale anno 2013: Effettuare la valutazione finale delle schede RAR 2013 entro febbraio 2014 Verifica periodica (NdV) obiettivi RAR 2014: secondo le scadenze che perverranno in materia	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Elaborazione obiettivi RAR	Valutazione finale anno 2013: Effettuare la valutazione finale delle schede RAR 2013 entro febbraio 2014 Verifica periodica (NdV) obiettivi RAR 2014: secondo le scadenze che perverranno in materia Gestione liquidazione incentivi RAR 2014	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Elaborazione obiettivi RAR	Valutazione finale anno 2013: Effettuare la valutazione finale delle schede RAR 2013 entro febbraio 2014 Verifica periodica (NdV) obiettivi RAR 2014: secondo le scadenze che perverranno in materia	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Erogazione terapie in file F	A partire dall'anno 2014, al fine di garantire anche l'appropriatezza distributiva, la consegna della terapia potrà avvenire non prima di 10 giorni dalla scadenza della copertura del periodo di 60 giorni (o 90 giorni previsti per le terapie della Sclerosi Multipla e per i farmaci orfani per le malattie rare di cui al presente provvedimento), valutando prima di ogni dispensazione le precedenti dispensazioni effettuate al singolo paziente. Quanto sopra al fine di assicurare per le patologie croniche una dispensazione non superiore a 12 mesi di terapia/anno per singolo paziente.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Farmaci di cui al PHT	Si confermano come prioritarie le attività che le ASL hanno programmato e messo in campo per quanto riguarda la distribuzione dei farmaci in classe A/PHT secondo le disposizioni di cui alla DGR n. 4334/2012, al fine di consentire una razionalizzazione e efficientamento della spesa, intervenendo sul modello distributivo e continuando a garantire al paziente l'accesso prioritario sul territorio.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 30 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Flussi informativi regionali (osservatorio acquisti-disp. Medici - per la parte di competenza)	Rispetto delle tempistiche e della qualità dei dati inviati nei flussi informativi di competenza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Personale	Flussi informativi relativi ai dati del Personale : rispetto della completezza, qualità e coerenza dei dati trasmessi.	Saranno valutati per tutti i flussi regionali e ministeriali : Fluper - anno 2013/2014, Conto Annuale - esercizio 2013, Relazione al Conto Annuale - esercizio 2013, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE"- anno 2014 la completezza dei dati, la qualità degli stessi nonché la reciproca coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi compresi i flussi contabili. In particolare saranno oggetto di valutazione: - richieste di riapertura dei flussi per correzione di dati precedentemente trasmessi e valutazione complessiva degli errori contenuti nei dati trasmessi; - incongruenze rilevate in sede di verifica e controllo della coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi. Si raccomanda per il FLUPER la corretta compilazione di tutte le voci dei flussi A, B e C, con particolare riferimento alla valorizzazione dei campi riguardanti la data di decorrenza profilo, la data assunzione nell'ente, le ore lavorate, la data di cessazione, la tipologia di assunzione regionale, la modalità di assunzione e di cessazione.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Flussi Regionali - Contabilità Analitica & AREU	1) Rispetto delle scadenze previste per l'invio del flusso COAN come da note regionali; 2) valutazione del rispetto delle % di quadratura COGE-COAN; 3) Rispetto delle scadenze previste per l'invio del flusso AREU come da note regionali	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Flussi Regionali - Osservatorio Servizi	1) Rispetto della qualità, completezza e della tempestività dei dati relativi ai flussi informativi di competenza (osservatorio servizi) 2) Le aziende che si troveranno sotto un definito livello di performance saranno tenute alla redazione di un breve studio che spieghi le più rilevanti cause che hanno condotto ai risultati. Sarà altresì necessario che coloro che avessero fatto registrare risultati di bassa virtuosità identifichino chiaramente una linea di azione strategica per l'anno a venire di cui sarà necessario verificare la qualità a consuntivo. E' importante sempre analizzare in comparazione ipotesi di internalizzazione e esternalizzazione dei servizi 3) Partecipazione alle attività del gruppo di lavoro regionale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Flussi Regionali Farmaci (File F e R)	Rispetto della qualità, completezza e della tempestività dei dati relativi ai flussi informativi di competenza - Invio dei flussi entro i termini stabiliti dalle indicazioni regionali; - completezza dei flussi: 100% - corrispondenza tra dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci: 97%	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Acquisti di Beni e Servizi	Flusso consumi dispositivi medici	1) I costi dei dispositivi medici, anche se acquistati in contratti di service, devono essere appostati nei conti di Bilancio dei dispositivi medici e che i singoli prodotti devono essere rendicontati nel Flusso consumi Dispositivi Medici. Alle aziende sarà richiesto di compiere tutti gli sforzi per determinare ed inviare correttamente i costi dei dispositivi medici utilizzando le linee guida e gli strumenti tecnologici dell'Osservatorio Acquisti. Da questo punto di vista verrà misurato anche il livello qualitativo dei dati inviati. NB: si resta in attesa di indicazioni regionali relative alla scomposizione dei kit 2) Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontandoli con le voci di Bilancio corrispondenti - copertura \geq 85%	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Flusso contratti gare web	Applicare le istruzioni operative validate dal Dip. Amministrativo per pervenire ad una corretta alimentazione del flusso gare web	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Flusso contratti gare web	Applicare le istruzioni operative validate dal Dip. Amministrativo per pervenire ad una corretta alimentazione del flusso gare web	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Flusso contratti gare web	Applicare le istruzioni operative validate dal Dip. Amministrativo per pervenire ad una corretta alimentazione del flusso gare web	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	Flusso gare/contratti	1) In qualità di responsabile Aziendale degli Acquisti: A) definire istruzioni operative per pervenire ad una corretta alimentazione del flusso gare web B) assicurare supporto formativo nell'utilizzo delle procedure e degli strumenti previsti al punto A) C) coordinare l'attività delle Unità Operative coinvolte nel flusso gare web. Particolare attenzione deve essere riservata alle procedure relative ai dispositivi medici per raggiungere, fin dal primo trimestre 2014 un livello di copertura dei contratti adeguato (Obiettivo da autocertificare anche utilizzando dati di feedback provenienti dalla regione) 2) n° invii corretti e completi relativi al 50% dei contratti	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ing. Clinica	Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature	<p>obbligatorio per tutte le aziende sanitarie l'aggiornamento del "flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie" limitatamente alle categorie individuate a livello nazionale e cioè:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomografo assiale computerizzato (TAC) - Tomografo a Risonanza Magnetica (RMN) - Acceleratore Lineare (ALI) - Sistema robotizzato per chirurgia endoscopica (ROB) - Sistema TAC/PET (SSP) - Gamma Camera Computerizzata (GCC) - Sistema TAC/Gamma Camera (GTT) <p>L'invio delle informazioni relative alle grandi apparecchiature al Ministero della Salute diventerà obbligatorio. In particolare entro la fine del 2014 le strutture sanitarie pubbliche dovranno aver alimentato l'inventario nazionale delle grandi apparecchiature sanitarie per le apparecchiature sanitarie in uso al 31 dicembre 2013. Si richiede pertanto che le aziende procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS - grandi apparecchiature oggetto di rilevazione nei tempi che verranno comunicati da Direzione Generale Salute. Verranno inviati report di</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Flusso LA	<p>1) Ridefinizione LA 2012: correzione dati ed eventuali variazioni ed eventuale variazione della relazione</p> <p>2) Elaborazione LA provvisorio anno 2013 nel rispetto delle scadenze e delle % di quadratura previste</p> <p>3) Elaborazione LA definitivo anno 2013 nel rispetto delle scadenze e delle % di quadratura previste</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Fondi contrattuali	Obbligo ad un costante monitoraggio delle voci di spesa a carico degli stessi in quanto la spesa annuale non può eccedere il valore dei fondi deliberati. Eventuali movimentazioni all'interno dei Fondi contrattuali potranno avvenire nel rispetto di quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dalle Linee di Indirizzo Regionali in materia e previa idonea validazione da parte del Collegio dei Revisori. L'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, non deve superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Garantire accesso in caso di gravi calamità	Coordinamento del processo di revisione del Piano di emergenza per ogni UU.OO. Aziendale, entro il 30 settembre 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Disporre di un piano di emergenza e testarne la applicazione è elemento di sicurezza	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Presenza del Piano al 30 giugno 2014 Standard: SI/NO	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pronto Soccorso	Garantire accesso in caso di gravi calamità	Coordinamento del processo di revisione del Piano di emergenza per ogni UU.OO. Aziendale, entro il 30 settembre 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Disporre di un piano di emergenza e testarne la applicazione è elemento di sicurezza	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Presenza del Piano al 30 giugno 2014 Standard: SI/NO	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Supporto DEA	Garantire accesso in caso di gravi calamità	Coordinamento, di concerto con le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e Pronto Soccorso, del processo di revisione del Piano di emergenza per ogni UU.OO. Aziendale, entro il 30 novembre 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Disporre di un piano di emergenza e testarne la applicazione è elemento di sicurezza	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Presenza del Piano al 30 giugno 2014 Standard: SI/NO	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Acquisti di Beni e Servizi	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale	Supporto nei tempi definiti l'implementazione della nuova documentazione assistenziale utile alla riorganizzazione delle UUOO/servizi	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Facilitare la riorganizzazione di procedure assistenziali anche con la disponibilità di nuova documentazione.	100% delle richieste	N. richieste effettuate/ N. richieste evasenei tempi concordati	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale (SITO)	1. Garantire l'invio del report dell'elaborazione dati relativi agli indicatori di esito e processo dati relativi alle infezioni ospedaliere e servizi appaltati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire informazioni utili alla gestione dell'assistenza	100% dei report inviati al Sitra	1. a) N. indicatori/ N.report per infezioni; b) N.indicatori/N. report per servizi appaltati	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ing. Clinica	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale e corretta gestione del del rischio clinico	1.Garantire la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	garantire l'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature medicali ai pazienti, agli operatori e all'organizzazione.	1.100% delle richieste	1. N. interventi effettuati/ numero di richieste programmate	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale e corretta gestione del del rischio clinico	Concordare sempre con i coordinatori gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1.Facilitare la riorganizzazione di procedure assistenziali anche con la disponibilità di nuova documentazione.	1.100% delle richieste	Realizzazione di una tabella concordata relativa alla procedura di intervento, con i tempi di preavviso per ciascuna tipologia di intervento	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto) <u>4. corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)	2. <u>Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. 4. <u>Applicazione FUT:</u> % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. 4. Applicazione FUT Garantite la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 2. Gestione dolore Standard 90% 4. Applicazione FUT: Standard 90%	2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas 0> a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anatomia Patologica	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. identificazione paziente	1. Identificazione paziente: % identificazione corretta sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 3 identificativi: nome e cognome e data nascita e bare code (St. = > 95%) Invio report al sitra delle tipologie di anomalie rilevate (st 100%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: N. identificazioni corrette: cognome e nome, data nascita, bare code / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice Report (al sitra) tipologie di anomalie rilevate.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. identificazione paziente	1. Identificazione paziente: % identificazione corretta sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 3 identificativi: nome e cognome e data nascita e bare code (St. = > 95%) Invio report al sitra delle tipologie di anomalie rilevate (st 100%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: N. identificazioni corrette: cognome e nome, data nascita, bare code / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice Report (al sitra) tipologie di anomalie rilevate.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)	1. <u>Identificazione paziente</u> : % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. = > 95%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. <u>Identificazione paziente</u> : Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto) 2. <u>gestione del dolore</u> (comparto e dirigenza)	1. <u>Identificazione paziente</u> : % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. = > 95%) 2. <u>Gestione dolore</u> : % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. <u>Identificazione paziente</u> : Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. <u>Gestione dolore</u> : garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattati/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas=> a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anestesia e Rianimazione	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto) 2. <u>gestione del dolore</u> (comparto e dirigenza) 3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)	1. <u>Identificazione paziente</u> : % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) 2. <u>Gestione dolore</u> : % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. 3. <u>Lesioni</u> : % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. <u>Identificazione paziente</u> : Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. <u>Gestione dolore</u> : garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. 3. <u>Lesioni</u> : necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90% 3. Lesioni: Standard =< standard regionale	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattati/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. identificazione paziente	1. Identificazione paziente: % identificazione corretta sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 3 identificativi: nome e cognome e data nascita e bare code (St. = > 95%) Invio report al sitra delle tipologie di anomalie rilevate (st 100%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: N. identificazioni corrette: cognome e nome, data nascita, bare code / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice Report (al sitra) tipologie di anomalie rilevate.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)	1. <u>Identificazione paziente</u> : % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Occlusistica	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)	1. <u>Identificazione paziente</u> : % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Poliambulatori	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto) <u>3. gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. <u>3. Lesioni:</u> % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. 3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90% 3. Lesioni: Standard =< standard regionale	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cardiologia	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti, con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti, con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti, con vas=> a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti, con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pneumologia	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas=> a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p>1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p>2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p>3. <u>gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p>4. <u>corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p> <p>4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotori a	<p>Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale:</p> <p><u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto)</p> <p><u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)</p> <p><u>3. gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto)</p> <p><u>4. corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)</p>	<p>1. <u>Identificazione paziente</u>: % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. = > 95%)</p> <p>2. <u>Gestione dolore</u>: % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p> <p>3. <u>Lesioni</u>: % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uuo, mentre 100% dimessi per Ria</p> <p>4. <u>Applicazione FUT</u>: % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<p>1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente."</p> <p>2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.</p> <p>3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero.</p>	<p>Verificare l'applicazione della procedura aziendale di:</p> <p>1. Identificazione paziente: Standard 95%</p> <p>2. Gestione dolore Standard 90%</p> <p>3. Lesioni: Standard =< standard regionale</p> <p>4. Applicazione FUT: Standard 90%</p>	<p>1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice</p> <p>2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.</p> <p>3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione</p> <p>4. Applicazione FUT: a) N.</p>	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio o 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (II primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto) <u>3. gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto) <u>4. corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. <u>3. Lesioni:</u> % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria <u>4. Applicazione FUT:</u> % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. 3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero. 4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90% 3. Lesioni: Standard =< standard regionale 4. Applicazione FUT: Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas=> a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione 4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto) <u>3. gestione delle lesioni da pressione</u> (solo comparto) <u>4. corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. <u>3. Lesioni:</u> % pz con lesioni da pressione alla dimissione, sviluppate durante la degenza e % lesioni migliorate alla dimissione (St. =< allo standard regionale) sul 20% dei dimessi per tutte le uouo, mentre 100% dimessi per Ria <u>4. Applicazione FUT:</u> % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. 3. Lesioni: necessità di avere dato aziendale relativo al numero e di lesioni sviluppate e gestite durante il ricovero. 4. Applicazione FUT Garantire la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90% 3. Lesioni: Standard =< standard regionale 4. Applicazione FUT: Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 3. Lesioni. a) N. lesioni alla dimissione(sviluppate durante la degenza)/ N. rilevazioni; b) N. lesioni migliorate/N. lesioni presenti alla dimissione 4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto) <u>4. corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. <u>4. Applicazione FUT:</u> % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<u>1. Identificazione paziente:</u> Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." <u>2. Gestione dolore:</u> garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. <u>4. Applicazione FUT</u> Garantite la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90% 4. Applicazione FUT: Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione	SITRA	1-2-3 - Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>1. identificazione paziente</u> (solo comparto) <u>2. gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto) <u>4. corretta applicazione del processo di prescrizione/somministrazione della terapia</u> (dirigenza e comparto)	<u>1. Identificazione paziente:</u> % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) <u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi. <u>4. Applicazione FUT:</u> % corretta prescrizione e % corretta somministrazione sulle rilevazioni effettuate (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<u>1. Identificazione paziente:</u> Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." <u>2. Gestione dolore:</u> garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento. <u>4. Applicazione FUT</u> Garantite la corretta applicazione del processo di prescrizione e somministrazione della terapia	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90% 4. Applicazione FUT: Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati. 4. Applicazione FUT: a) N. corrette prescrizioni/N. rilevazioni; b) N. Corrette somministrazioni/N. prescrizioni; c) N. evidenza motivazioni, in cartella, della mancata somministrazione	SITRA	1-2- Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 4 - Trimestrale; terzo e quarto trimestre. (Il primo semestre obv certificato dalla qualità per adozione nuovo FUT entro fine maggio 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: <u>2. gestione del dolore</u> (comparto e dirigenza)	<u>2. Gestione dolore:</u> % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	<u>2. Gestione dolore:</u> garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 2. Gestione dolore Standard 90%	2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattanti/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Laboratorio Analisi	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: Identificazione paziente	Indicatore da concordarsi tra SITRA e coordinatore dell'U.O. Verrà aggiornato all'interno dei prospetti di monitoraggio di budget	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche al "giusto paziente."	Indicatore da concordarsi tra SITRA e coordinatore dell'U.O. Verrà aggiornato all'interno dei prospetti di monitoraggio di budget	Indicatore da concordarsi tra SITRA e coordinatore dell'U.O. Verrà aggiornato all'interno dei prospetti di monitoraggio di budget	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Garantire alcune determinanti della qualità: corretta gestione rischio e sicurezza degli operatori.	Elaborazione della procedura di gestione delle limitazioni attribuite dal medico competente e diffusione a tutto il personale attraverso inserimento in intranet.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di completare il percorso aziendale di gestione degli operatori con problemi di idoneità temporanea o definitiva.	Elaborazione della procedura della procedura (St. 100) - Inserimento sul portale intranet (St. 100). Avvio applicazione	1. presenza della procedura in intranet sistema qualità. 2 avvio applicazione secondo i criteri definiti.	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio (periodo settembre-dicembre)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H	Condivisione e rispetto del protocollo aziendale relativo alla gestione dei casi di frattura di femore, secondo quanto di competenza PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATO L'INTERVENTO (non alla decisione clinica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni Standard: >50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H (Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni)	Condivisione e rispetto del protocollo aziendale relativo alla gestione dei casi di frattura di femore, secondo quanto di competenza PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATO L'INTERVENTO (non alla decisione clinica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni Standard: >50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H (Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni)	Condivisione e rispetto del protocollo aziendale relativo alla gestione dei casi di frattura di femore, secondo quanto di competenza PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATO L'INTERVENTO (non alla decisione clinica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni Standard: >50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H (Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni)	Condivisione e rispetto del protocollo aziendale relativo alla gestione dei casi di frattura di femore, secondo quanto di competenza PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATO L'INTERVENTO (non alla decisione clinica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni Standard: >50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pronto Soccorso	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H (Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni)	Condivisione e rispetto del protocollo aziendale relativo alla gestione dei casi di frattura di femore, secondo quanto di competenza PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO A GARANTIRE LE PRESTAZIONI TECNICO-ASSISTENZIALI OGNI VOLTA CHE VIENE ATTIVATO L'INTERVENTO (non alla decisione clinica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni Standard: >50%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Garantire la continuità clinico assistenziale	1. Avvio della sperimentazione del Protocollo revisionato di "Ammissione/dimissione dal CRA" e monitoraggio applicazione	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di garantire la sicurezza della continuità clinico assistenziale delle cure	Avvio della sperimentazione.(st. 100) Monitoraggio dell'applicazione del nuovo protocollo (st.80%)	1. avvio sperimentazione 100%. 2. N. casi (pz. residenti) presentati al CRA/N. totale (pz. residenti) ammessi al CRA	SITRA	1 secondo semestre. 2. Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Garantire le due rilevazioni di prevalenza del lavaggio mani in tutte le UUOO.	Esecuzione di due rilevazioni in merito alla corretta applicazione della procedura di lavaggio delle mani	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Presenza di due rilevazioni di prevalenza = 1	Presenza di due rilevazioni di prevalenza = 1	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Centro Oncologico	Garantire tempi di attesa entro lo standard	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) 17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) 17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Oculistica	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pneumologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Garantire tempi di attesa entro lo standard (obiettivo di mandato dei DG: rispetto dei tempi di attesa previsti da Regione Lombardia per almeno il 95% dei primi accessi, come da punto 22 dell'Allegato alla dgr IX/1775 del 28.07.11)	1) I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; 2) Favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato (obiettivo da contratto con l'ASL)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Garantire una gestione equa ed appropriata delle ore straordinarie legate all'offerta formativa del comparto	1.Tutte le richieste di formazione (interna, esterna) del comparto devono essere autorizzate dai coordinatori e validati dal Rad (di riferimento) (St 100%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1.Tenere sotto controllo la formazione per contenere le ore straordinarie e gestire in modo equo ed appropriato l'offerta formativa.	100% delle ore di formazione validate dal direttore Sitra	1.N. Richieste di formazione con validazione Direttore Sitra/N richieste totali di tutti i profili afferenti al Sitra.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Garantire una riduzione del numero di reperibilità, per singolo strumentista, come previsto dalla normativa contrattuale assicurando il mantenimento dell'attività operativa gestita in urgenza.	1.Attivazione del "Progetto di Sviluppo delle competenze strumentisti SO " 2. Riduzione del numero di reperibilità per singolo operatore, rispetto al numero effettuato prima dell'avvio del progetto.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire una riduzione del numero di reperibilità, per singolo strumentista, come previsto dalla normativa contrattuale assicurando il mantenimento dell'attività operativa gestita in urgenza.	1. N° di reperibilità, per singolo operatore inferiore al N° reperibilità effettuate prima dell'avvio del progetto.	1. N° di reperibilità, per singolo operatore inferiore al N° reperibilità effettuate prima dell'avvio del progetto.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Farmacia	Gestione e Rendicontazione file F	1) Corretta rendicontazione in file F (tipologia 15) della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing 2) Monitoraggio del rispetto del tetto dell'8% aggiuntivo rispetto al dato 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Gestione dati del personale	Inserimento mensile dei dati relativi al personale entro 30 giorni dalla disponibilità del "considerato"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Gestione della documentazione sanitaria	Coordinamento della procedura di scarto, supporto alle Unità Operative e cura della fase esecutiva finale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Poliambulatori	Gestione delle non conformità (danno ≥ 5): incident reporting, sinistri	Evidenza di coinvolgimento dei referenti qualità e sicurezza nella gestione delle non conformità. N. di analisi dei casi e azioni di miglioramento/n. di non conformità (danno ≥ 5) (Monitoraggio trimestrale) Su richiesta della Direzione Sanitaria, si chiede maggiore collaborazione con l'URP nel raggiungimento di questo obiettivo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Gestione DURC	Indicatore da definire in seguito, in funzione delle verifiche in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Economico Finanziaria	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Gestione e fatturazione onere 9	1) continuazione iter di fatturazione prefettura definito nel 2013: 100% documenti completi pervenuti fatturati all'ASL entro la tempistica definita; 2) nessun straniero irregolare < 14 anni fatturato alla prefettura; 3) fatturazione a partire da aprile anche dei CSCS con recupero da inizio anno (100% dei casi pervenuti con documentazione completa)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Gestione efficiente del Bilancio mediante: 1) Mantenimento equilibrio economico-finanziario 2) Invio dei Flussi economici 3) Predisposizione del Bilancio di previsione 4) Armonizzazione dei sistemi contabili regionali in attuazione del D.lgs. 118/2011 5) Certificabilità (PAC) dei Bilanci	1) Rispetto delle assegnazioni regionali di budget complessivo (assegnato /speso =1) 2) n° primi invii completi e puntuali >= 90% 3) Approvazione del Bilancio preventivo economico senza sospensioni. 4) Allineamento dei ricavi/costi e debiti/crediti per le poste intercompany tra aziende sanitarie. Allineamento delle poste ricavi/costi e debiti/crediti tra aziende e regione di sola competenza 2014 5) Approvazione del PAC aziendale.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anestesia e Rianimazione	Gestione flessibile delle risorse	1.Stesura del progetto di attivazione 118 in istituzionale al 50% e al 100% con riorganizzazione delle UUOO coinvolte e avvio sperimentazione.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire la copertura dell'attività di 118 con personale in turno istituzionale e garantire un piano di attività in integrazione con le presenze previste in PS al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti.	Verificare la presenza effettiva della riorganizzazione. Standard 100%	1. Presenza del progetto con le due ipotesi. (entro primo semestre 2014) 2. Avvio sperimentazione del progetto (Non oltre Novembre 2014), dopo valutazione della fattibilità.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Secondo e quarto trimestre: (Rilevazione entro giugno 2014 per il progetto e entro dicembre 2014 per l'avvio sperimentazione e.)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC".	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "INTEGRAZIONE DI ATTIVITA' CON D HOSPITAL ONCOLOGICO"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati	1 e 2 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. a) Presenza del piano di attività integrato (non oltre fine Luglio 2014) con identificazione degli indicatori di monitoraggio; b) Avvio della sperimentazione (SETTEMBRE 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgie) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgie) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Gastroenterologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC". 2. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali ": settore endoscopia digestiva.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 e 2 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 2. Presenza del progetto con identificazione: a), prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014). Settore endoscopia digestiva.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC".	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC". 2. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali ":settore DIALISI	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 e 2 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 2. Presenza del progetto con identificazione: a), prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) SETTORE DIALISI	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC".	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgia) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC".: settore day-hospital 2. Elaborazione progetto "INTEGRAZIONE DI ATTIVITA' CCON CENTRO ONCOLOGICO": settore day hospital 3. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale (Inf) rispetto alle attività (n. paz in isolamento): settore oncologia degenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 e 2 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%. 3.Valutare la coerenza tra presenze e Numero pz. in isolamento (=3 inf mattino con letti isolamento attivati; =2 inf mattino senza isolamenti) (st. 85%)	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 2. Presenza del piano di attività integrato (non oltre fine Luglio 2014) con identificazione degli indicatori di monitoraggio; b) Avvio della sperimentazione (SETTEMBRE 2014). 3.N. presenze personale assistenziale (Inf /n letti isolamento attivati.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgia) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgia) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgia) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Riorganizzazione attività Pediatria con integrazione dei piani di lavoro medico-infermieristici".	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1.Evidenza della presenza del progetto e degli indicatori. Standard 100%	1. a) Presenza del piano di attività integrato (non oltre fine Agosto 2014) con identificazione degli indicatori di monitoraggio; b) Avvio della sperimentazione	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC". 2. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali": settore Broncologia	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1 e 2 Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 2. Presenza del progetto con identificazione: a), prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) (Settore broncologia)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pronto Soccorso	Gestione flessibile delle risorse	1.Stesura del progetto di attivazione 118 in istituzionale al 50% e al 100% con riorganizzazione delle UUOO coinvolte e avvio sperimentazione.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire la copertura dell'attività di 118 con personale in turno istituzionale e garantire un piano di attività in integrazione con le presenze previste in PS al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti.	Verificare la presenza effettiva della riorganizzazione. Standard 100%	1. Presenza del progetto con le due ipotesi. (entro primo semestre 2014) 2. Avvio sperimentazione del progetto (Non oltre Novembre 2014), dopo valutazione della fattibilità.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Secondo e quarto trimestre: (Rilevazione entro giugno 2014 per il progetto e entro dicembre 2014 per l'avvio sperimentazione e.)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Riorganizzazione UO Radiologia con attivazione guardia attiva del tecnico"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1. Presenza del progetto con : a) Analisi Organizzativa b) Benchmarking c) elaborazione proposta di riorganizzazione con definizione degli indicatori di monitoraggio (entro settembre 2014); 2. Avvio della sperimentazione (entro Novembre 2014).	1. Presenza del progetto con : a) Analisi Organizzativa b) Benchmarking c) elaborazione proposta di riorganizzazione con definizione degli indicatori di monitoraggio (entro settembre 2014); 2. Avvio della sperimentazione (entro Novembre 2014).	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC". 3. Elaborazione progetto "Riorganizzazione Dipartimento Riabilitativo (durante i periodi di accorpamento) con integrazione dei piani di attività del personale assistenziale"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati. 3. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati	1 e 3Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 3. Presenza del piano di attività integrato (non oltre fine Luglio 2014) con identificazione degli indicatori di monitoraggio; b) Avvio della sperimentazione (Agosto 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC". 3. Elaborazione progetto "Riorganizzazione Dipartimento Riabilitativo (durante i periodi di accorpamento) con integrazione dei piani di attività del personale assistenziale"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati. 3. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati	1 e 3Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 3. Presenza del piano di attività integrato (non oltre fine Luglio 2014) con identificazione degli indicatori di	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "Rilevazione carichi assistenziali attività MAC". 3. Elaborazione progetto "Riorganizzazione Dipartimento Riabilitativo (durante i periodi di accorpamento) con integrazione dei piani di attività del personale assistenziale"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati. 3. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati	1 e 3Acquisire informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. Presenza del progetto con identificazione: a)Tipologia di Mac, patologie, prestazioni, profili professionali e di supporto coinvolti, tempi medi previsti (entro settembre 2014) b) definizione dello strumento di rilevazione e pianificazione dell'avvio della rilevazione carichi di lavoro.(entro Novembre 2014) 3. Presenza del piano di attività integrato (non oltre fine Luglio 2014) con identificazione degli indicatori di monitoraggio; b) Avvio della sperimentazione (Agosto 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione di progetto di "Gestione delle ore straordinarie SITRA" con definizione dei criteri di attribuzione delle ore straordinarie. (Entro giugno 2014) 2. Applicazione del progetto (entro fine dicembre 2014)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1. presenza del progetto con definiti i criteri (st.100) 2 attribuzione delle ore straordinarie secondo i criteri definiti (St. 85%)	1. presenza del documento del con definiti i criteri di attribuzione delle ore straordinarie. 2 attribuzione delle ore straordinarie secondo i criteri definiti	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio (periodo giugno-dicembre)	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Supporto DEA	Gestione flessibile delle risorse	Indicatore in attesa di riformulazione	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	2.3.4.. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	2. b) Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100% 3. Raggiungimento del 60% del personale formato. 4. Riduzione di 1/3 delle reperibilità strumentiste.	2. b) Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità". 3. Presenza di infermiere di anestesia addestrate per la gestione della sala. 4. Elaborazione progetto (entro fine Aprile 2014) e Avvio riduzione reperibilità (non oltre Novembre 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2. a b) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014) 3 4. Terzo e quarto trimestre: (Entro fine Luglio 2013 30% personale addestrato e entro fine dicembre restante 30% personale addestrato)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione ed invio al Sitra di report delle presenze giornaliere del personale assistenziale Inf e d Oss) rispetto alle attività della sala operatoria - solo comparto 2) Elaborazione di un documento contenente: classificazione interventi chirurgici secondo il criterio della complessità. (per chirurgia) - Comparto e Dirigenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati 2. Garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati.	1. Valutare la coerenza tra presenze e Numero sedute operatorie = 1 2. Evidenza della presenza effettiva del documento. Standard 100%	1. N. presenze personale assistenziale (Inf ed Oss) /N. sedute operatorie (report mensile) 2. Presenza del documento "classificazione interventi chirurgici per complessità".	SITRA	1) Trimestrale nei prospetti di monitoraggio 2) Ultimo trimestre: (Entro Ottobre 2014)	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Gestione liste d'attesa in età evolutiva	Le prenotazioni vengano gestite direttamente da operatori interni alle UONPIA adeguatamente formati (anche attraverso appositi percorsi formativi), onde consentire la gestione sia dei primi accessi che degli accessi successivi attraverso adeguati criteri di priorità e appropriatezza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Gestione Proattiva fatturazione attiva	1) Presentazione situazione fatturazione attiva entro 15 giugno 2014 2) fatturazione 100% casi previsti con delibera/determina entro 60 giorni a partire da aprile; 3) Recupero pregresso non fatturato entro fine anno in funzione della disponibilità del materiale	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Gestione sub-acute	Nessuna contestazione NOC nelle cartelle cliniche di pazienti presso le strutture di cure sub-acute Indicazioni da Regole 2014 1) nulla osta a che l'accesso al regime di cure sub-acute avvenga anche dal territorio o da un precedente ricovero riabilitativo, purché esistano in proposito dei percorsi preventivamente definiti con le Asl di appartenenza degli erogatori coinvolti; 2) il decadimento cognitivo non preclude necessariamente la gestione del paziente in cure sub-acute (es. demente con polmonite o con scompenso cardiaco), purché il decadimento stesso non sia il motivo del trasferimento, esistendo per queste problematiche ambiti assistenziali differenti	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento; Nessuna contestazione NOC nelle cartelle cliniche	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
SIA	Gestione turni nuovo programma informatizzato - Supporto all'implementazione del sistema per le unità operative/servizi che verranno identificati per l'avvio del nuovo sistema	SUPPORTO ALLE UO/SERVIZI (che prevedono l'utilizzo da parte del comparto) NELL'APPLICAZIONE DI SOFTWARE E APPLICATIVI SOLO PREVIA AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE SITRA (St. 100%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Gestione verifiche scorte e scadenze magazzino (semestrale)	Rispetto delle tempistiche previste di scadenziario e di verifica delle scorte	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Chirurgiche	Identificazione estemporanee	Elaborazione del percorso volto alla identificazione preventiva dei casi di estemporanea dalle sale operatorie	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Presenza di protocollo sottoscritto con Direzione Medica e U.U.OO. Chirurgiche	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Direzione Amministrativa di Presidio	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Risk Management	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Implementazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Raggiungimento degli obiettivi declinati nel PTPC per ciascuna misura di prevenzione della corruzione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Ottemperare al PNA e alla Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione e delle illegalità nella pubblica amministrazione.	Verrà monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante autocertificazione dei Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC	Vedasi indicatori esplicitati nella scheda di programmazione annuale delle misure di prevenzione	Controllo atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Implementazione protocolli per la gestione dei sinistri	Implementazione protocolli aziendali per la gestione dei sinistri alla luce delle nuove polizze assicurative con livelli di SIR più elevati.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Incontri Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio e Comitato Valutazione Sinistri	Rendicontare il numero e la data degli incontri intervenuti nel corso dell'anno 2014 per ogni singolo organismo e, per il CVS, il numero di casi analizzati.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Direzione Medica di Presidio	Incremento attività di autocontrollo	Controllo* del 7% delle prestazioni di ricovero di cui: 1."fino al" 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della Asl di pertinenza; 2."fino al" 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della Asl di pertinenza *entro il 30 settembre 2014	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Cardiologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Centro Oncologico	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Ch. Vascolare	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Ch.Generale	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Cure Palliative	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Gastroenterologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Medicina Generale	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Medicina Generale	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Nefrologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Neurologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
NPI	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Occhistica	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Ostetricia-Ginecologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Otorinolaringoiatria	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Pediatria	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Pneumologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Poliambulatori	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Pronto Soccorso	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Psichiatria	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Radiologia	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Riab. Cardiologica	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Riab. Delle Dipendenze	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Riab. Neuromotoria	Incremento del numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Riab. Respiratoria	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
SIMT	Incremento del numero di operatori che applicano procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Supporto DEA	Incremento del numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Urologia	Incremento del numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Personale	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
AA.GG.LL.	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Acquisti di Beni e Servizi	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Comunicazioni	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Controllo di Gestione	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Amministrativa di Presidio	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Farmacia	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Formazione	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Medico Competente	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Medico Competente	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Mina	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Personale	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ragioneria	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Risk Management	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati - incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati - incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Segr. Direzione Generale	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
SIA	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Tecnico Patrimoniale	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
URP	Incremento dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata nelle comunicazioni con altri soggetti (PA, privati, liberi professionisti, ecc.)	Posta in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati -incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione- e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Personale	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
AA.GG.LL.	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Acquisti di Beni e Servizi	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Comunicazione	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Controllo di Gestione	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Amministrativa di Presidio	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Farmacia	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Formazione	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Medico Competente	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Medico Competente	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Mina	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Personale	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Poliambulatori	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ragioneria	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Segr. Direzione Generale	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SIA	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Tecnico Patrimoniale	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
URP	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione, tra cui il portale del Personale, il portale della Formazione, proteus e la webmail	Mantenimento consumo carta 2014 ai livelli sostenuti nell'anno 2013 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore per quanto riguarda la % di tolleranza da applicarsi in caso di scostamenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Incremento utilizzo delle funzioni informatiche garantite dagli strumenti aziendali a disposizione	Obiettivo da considerarsi raggiunto se i consumi di carta 2014 saranno uguali od inferiori ai consumi di carta 2013	Consumi di carta 2014 ≤ consumi di carta 2013 (ipotesi di applicazione di una percentuale di tolleranza in caso di scostamenti)	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Integrazione attività ufficio protocollo	Integrazione delle diverse funzioni operative nell'area del protocollo da parte di tutti gli operatori	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Direzione Medica di Presidio	Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex d.lgs. 33/2013	<p>A - Scadenza presentazione piani di governo dei tempi di attesa: 1) presentare il piano semestrale di governo dei tempi di attesa del primo semestre 2014 entro il 28/02/2014 2) presentare il piano semestrale di governo dei tempi di attesa del secondo semestre 2014 entro il 31/07/2014</p> <p>B - Adempimento regionale relativo alla trasparenza Gli enti che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.</p> <p>Declinazione obiettivo di mandato: Puntualità e Completezza dell'invio dei dati relativi alle prestazioni oggetto del monitoraggio regionale Rispetto degli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni ANAC</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DSM	Interventi di tutela della salute mentale	<p>1) implementare in tutte le A.O. modelli di integrazione degli interventi nei disturbi di età adolescenziale e giovanile con i servizi NPJA e la psicologia clinica tramite equipe funzionali dedicate, allo scopo di sviluppare e migliorare la collaborazione in atto;</p> <p>2) avviare o aggiornare nei CPS modelli di collaborazione con i SERT per i frequenti quadri di comorbidità con i disturbi indotti da sostanze o da dipendenza patologica; con i servizi disabili in relazione ai problemi di assistenza a soggetti affetti da diverse forme di disabilità che presentano disturbi psichici; con i Dipartimenti di Prevenzione Medici per la presa in carico di pazienti sieropositivi con problematiche psichiche; con i servizi sociali rispetto a problematiche di vario ordine (familiare, tutelare, assistenziale, socio-lavorativo) dei pazienti.</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DSM	Interventi di tutela della salute mentale - Rispetto delle previsioni del paragrafo 2.4.4 dell'Allegato 3 DGR 1185/2013, - Monitoraggio del processo di dimissione da OPG in vista del superamento dello stesso (Non applicabile per A.O. Crema)	<p>- Attivazione di strumenti di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza, per gli inserimenti in Struttura Residenziale</p> <p>- Attivazione in collaborazione con le ASL di forme di monitoraggio della spesa registrata con il flusso 43San</p> <p>- Relazione di analisi sul 100% delle dimissioni effettuate con particolare attenzione alle motivazioni delle recidive (Non applicabile per A.O. Crema)</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Direzione Medica di Presidio	Invio del flusso file F	<p>1) i dati di File F relativi a tutte le tipologie (1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18) devono essere inviati mensilmente entro il 10 del mese successivo alla data di somministrazione;</p> <p>2) l'invio di eventuali rettifiche e/o integrazioni di flussi già inviati o l'invio di un flusso non inviato sarà possibile entro 60 giorni dopo la data di competenza d'invio dei flussi. Qualora si rendesse necessario reinviare uno o più flussi relativi a uno o più mesi al fine di effettuare delle correzioni o modifiche ai dati inviati occorrerà inviare la comunicazione via mail;</p> <p>3) il rinvio è possibile entro il termine del 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, a pena di decadenza del diritto del riconoscimento delle prestazioni erogate.</p> <p>Standard: - Invio dei flussi entro i termini stabiliti dalle indicazioni regionali; - completezza dei flussi – 100% - corrispondenza tra dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci -97%</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Invio del flusso file R	<p>1) i dati di File R devono essere inviati mensilmente entro il 15 del mese successivo alla data di somministrazione;</p> <p>2) l'invio di eventuali rettifiche e/o integrazioni di flussi già inviati o l'invio di un flusso non inviato sarà possibile entro 60 giorni dopo la data di competenza d'invio dei flussi. Qualora si rendesse necessario reinviare uno o più flussi relativi a uno o più mesi al fine di effettuare delle correzioni o modifiche ai dati inviati occorrerà inviare la comunicazione via mail;</p> <p>3) deve essere garantita la corretta compilazione della codifica dei reparti secondo il modello HSP12;</p> <p>4) il rinvio è possibile entro il termine del 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.</p> <p>Standard: - Invio dei flussi entro i termini stabiliti dalle indicazioni regionali; - completezza dei flussi – 100% - corrispondenza tra dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci -97%</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Istituire un turno con guardia attiva del tecnico di radiologia, per garantire l'erogazione di tutta l'attività (richieste degli esterni, provenienti dalle UU.OO., dal pronto soccorso, sala operatoria e angiografia), urgente e in programmazione ordinaria del servizio di radiologia	<p>1. Presenza della guardia attiva notturna dal 1 Ottobre 2014</p> <p>2. riduzione della reperibilità notturna da due tecnici a 1 tecnico dal 1 Ottobre 2014</p>	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire l'erogazione di tutta l'attività diagnostica ed interventistica attraverso un utilizzo appropriato delle risorse	<p>1. Presenza in turno attivo del tecnico di radiologia (evidenza nei turni di lavoro) St. 100%.</p> <p>2. Presenza in reperibilità di 1 tecnico di radiologia (evidenza nei turni di lavoro) St. 100%.</p>	<p>1. Presenza in turno attivo del tecnico di radiologia (evidenza nei turni di lavoro) St. 100%.</p> <p>2. Presenza in reperibilità di 1 tecnico di radiologia (evidenza nei turni di lavoro) St. 100%.</p>	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Comunicazione	Linee di indirizzo regionali	1) Costituiranno linee di indirizzo per le attività di comunicazione aziendale i documenti di programmazione regionale. 2) Al fine di rafforzare le competenze degli operatori della comunicazione verrà dedicata attenzione alla formazione sui temi della comunicazione esterna e interna, ritenendo la crescita delle professionalità specifiche condizione necessaria a far sì che qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, sia veicolato ai target con la massima chiarezza e tempestività possibili. 3) Si conferma infine l'obiettivo di esprimere attraverso la comunicazione aziendale l'identità unitaria del Sistema Sanitario Regionale, migliorandone la riconoscibilità all'esterno attraverso l'applicazione del sistema di immagine coordinata.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Mantenimento delle quote dei questionari relativi alla Customer Satisfaction	Sensibilizzazione alle U.O. in merito al mantenimento del numero di questionari di customer satisfaction erogati per ciascuna rilevazione (da valutarsi sui dati annuali, non semestrali)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nella relazione di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Mantenimento registro aggiornato sulle limitazioni	Aggiornamento ed invio trimestrale	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Mantenimento tasso di utilizzo dei posti letto	Tasso utilizzo dei posti letto > 90%	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione	Dato 2014 a fine anno superiore a 90%	Media dei valori mensili estratti da ReportSan > 90%	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Delle Dipendenze	Mantenimento tasso di utilizzo dei posti letto	Tasso utilizzo dei posti letto > 90%	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione	Dato 2014 a fine anno superiore a 90%	Media dei valori mensili estratti da ReportSan > 90%	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Mantenimento tasso di utilizzo dei posti letto	Tasso utilizzo dei posti letto > 90%	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione	Dato 2014 a fine anno superiore a 90%	Media dei valori mensili estratti da ReportSan > 90%	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Mantenimento tasso di utilizzo dei posti letto	Tasso utilizzo dei posti letto > 90%	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione	Dato 2014 a fine anno superiore a 90%	Media dei valori mensili estratti da ReportSan > 90%	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Manutenzione apparecchiature tecnologiche omogenee	Predisporre gara per la manutenzione di apparecchi tecnologicamente omogenei al fine di ridurre i costi complessivi di manutenzione. Impostazione e cronoprogramma entro il 30/06/2014, con bozza del capitolato per comprendere le cifre in questione. Attivazione delle procedure in caso di approvazione della Direzione	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Miglioramento ed efficientamento della gestione finanziaria con riferimento a - Pagamenti verso fornitori - Gestione centralizzata - Stranieri STP - Conto Giudiziale	- pagamenti delle fatture verso i fornitori entro le date di scadenze delle fatture ≥ 100% Allineamento tra i dati inviati al sistema centralizzato e quanto derivante dai sistemi contabili aziendali = 100% - Compensazione dei pagamenti effettuati con la ASL di appartenenza nei limiti contrattualizzati nel rispetto della competenza economica con cadenza mensile - Allineamento della cassa e delle partite creditorie e debitorie relative alla fatturazione delle prestazioni agli stranieri STP tra Aziende e verso la Regione ≥ 100% - Individuazione degli agenti contabili e dei documenti al fine della resa del conto giudiziale alla Corte dei Conti ≥ 100%	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Migliorare l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e nelle sorveglianze speciali (Morbillo e Rosolia, Malattie Invasive Batteriche)	Compliance terapeutica per la Tuberculosis > 80% Invio al servizio igiene ospedaliera il report relativo	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Monitoraggi di budget infra-annuali	Supporto alla periodica certificazione degli obiettivi di budget relativi al contenimento delle prestazioni di laboratorio richieste in regime di urgenza	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Esecuzione dell'obiettivo come da indicatore	Esecuzione dell'obiettivo come da indicatore	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Monitoraggio budget 2014	1) Monitoraggio completo Entro 15 gg lavorativi da invio flusso regionale COAN 2) monitoraggio precondizioni di attività (ogni mese da competenza dati marzo) entro 10 giorni lavorativi post disponibilità dei dati su ReportMed.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medico Competente	Monitoraggio della percentuale dei soggetti affetti da rachialgia tra gli operatori sanitari aziendali.	Il medico competente registra, contestualmente alla sorveglianza sanitaria preventiva/periodica/straordinaria, le segnalazioni di rachialgia espresse o documentate dagli operatori sanitari aziendali e, nel caso ritenga utile un trattamento riabilitativo, prescrive il ciclo di massoterapia differenziando la priorità.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Monitoraggio dell'andamento del fenomeno a livello aziendale tenuto conto che la rachialgia comporta, in generale, una ricaduta sociale in termini di giornate di lavoro perse, costi assistenziali, reinserimento lavorativo. 2) Iniziativa inclusa nell'ambito del Progetto di fattibilità per Massofisioterapia al Personale Sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Crema per l'anno 2014 (in fase di approvazione).	1) Verifica e monitoraggio, attraverso la scheda di rilevazione, della percentuale di operatori sanitari affetti da rachialgia e cui è stato prescritto un ciclo riabilitativo di massofisioterapia. 2) Trasmissione a mezzo di e-mail del report annuale delle rilevazioni effettuate (dati informata anonima e aggregata) agli organi coinvolti.	$0 \leq (\% \text{ operatori cui è stato prescritto il ciclo di terapia} / \% \text{ operatori affetti da rachialgia}) \leq 1$	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Monitoraggio della percentuale dei soggetti fumatori tra gli operatori aziendali.	Il medico competente indaga e registra lo stato dell'operatore rispetto all'abitudine tabagica contestualmente alla sorveglianza sanitaria preventiva/periodica/straordinaria.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Monitoraggio dell'andamento del fenomeno in relazione ai programmi di promozione della salute aziendali; 2) Iniziativa inclusa nell'ambito del progetto interaziendale A.O. di Crema-ASL della provincia di Cremona. "Star Bene al Lavoro" per l'anno 2014.	1) Il dato percentuale dei soggetti fumatori in azienda si mantiene annualmente in linea o inferiore a quello rilevato nell'anno precedente (range di variabilità % +1); 2) Trasmissione a mezzo di e-mail del report annuale delle rilevazioni effettuate (dati informata anonima e aggregata) agli organi coinvolti.	$0 \leq [(\% \text{ fumatori A.O. 2013} - \% \text{ fumatori A.O. 2014}) / \% \text{ fumatori A.O. 2013}] \leq 1$	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SIA	Monitoraggio fleet management	1) Fleet management: monitoraggio semestrale dell'andamento del contratto 2) Definizione del piano pluriennale di rinnovamento tecnologico delle apparecchiature dell'azienda	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Nucleo di valutazione	Redazione materiale di supporto allo svolgimento degli incontri del Nucleo di Valutazione corredati da appositi verbali.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Acquisti di Beni e Servizi	Obblighi di invio di documentazione informativa	In qualità di Responsabile Aziendale degli Acquisti, coordinare la raccolta dei dati aziendali (ogni UU.OO.) ed inviare alla Direzione Generale Salute: 1) resoconto delle procedure d'acquisto pubblicate nel 2013 e revisione della programmazione 2014 (gare aggregate e da svolgere in autonomia) entro il 15 Gennaio 2014; 2) la programmazione degli acquisti 2014/2015 sia per quanto riguarda le gare aggregate che per quelle da svolgere in autonomia con le seguenti date: – Pianificazione base entro il 30 Aprile 2014; – Prima revisione della programmazione entro il 30 Settembre 2014; – Seconda revisione entro il 15 Gennaio 2015: resoconto procedure d'acquisto pubblicate nel 2014 e revisione programmazione 2015.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Obblighi di trasparenza	1) Rispetto dell'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (percentuale soglia al 90%) 2) garantire un sistema di monitoraggio degli obblighi posti a carico delle UU.OO. da Piano Trasparenza 3) supportare le UU.OO. nella ricerca di soluzioni operative concrete per il rispetto degli adempimenti a loro carico	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Adempimento dell'obiettivo assegnato per una percentuale pari al 90%	Adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento, per una percentuale pari al 90%	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Poliambulatori	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Segr. Direzione Generale	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Farmacia	Obiettivi da contratto ASL	<p>1) Fornitura entro il 31/12/2014 di una quantità di farmaci pari ad almeno 15.000 confezioni, al termine del ricovero o a seguito di visita specialistica ambulatoriale con dispensazione di farmaci a brevetto scaduto, almeno per le seguenti categorie terapeutiche: C08, C09, C10, J01 (limitatamente a J01MA), M01 e M05. In linea generale, la fornitura di farmaci indifferibili necessari ai primi giorni di trattamento, consente al cittadino di potersi agevolmente recare dal proprio MMG e PLS per le successive prescrizioni.</p> <p>2) Fornitura entro il 31/12/2014 di una quantità di farmaci pari ad almeno 19.000 confezioni (al netto della quota riservata al trattamento della Sclerosi Multipla e dei farmaci ex classe H di cui alla Determinazione AIFA del 2.11.2010). Introduzione di farmaci biosimilari in pazienti di nuovo trattamento (drug naive). Verifica a campione dell'attività prescrittiva SSN degli specialisti, limitatamente a Filgrastim ed Eritropoietine, del controllo di eventuali shift verso originatori o altre molecole coperte da brevetto.</p> <p>3) Produzione mensile, entro il giorno 20 del mese successivo, di report informatizzati quali/quantitativi relativi alle forniture di 1° ciclo e doppio canale, suddivisi per singola area (doppio canale, sclerosi multipla, farmaci ex-classe H) secondo un tracciato record in formato excel</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Obiettivi da contratto ASL	<p>A) Prosecuzione dell'attività di sensibilizzazione alle puerpere nei confronti della vaccinazione anti morbillo-rosolia</p> <p>B) prosecuzione della campagna vaccinale nei confronti dei dipendenti a rischio (medico competente)</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Obiettivi da contratto con l'ASL	<p>1) Condivisione con Asl delle iniziative programmate nell'anno 2014 rivolte alla popolazione</p> <p>2) Trasmissione all'ASL entro la metà del mese successivo a quello di riferimento dei totali delle valorizzazioni inviate in regione relativi a: ricoveri, specialistica, screening, psichiatria, NPI</p> <p>3) Utilizzo del sistema informativo INFOSP ai fini della sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>4) Trasmissione all'indirizzo e-mail acquistoprest@aslcremona.it dei flussi 28/SAN contestualmente alla trasmissione mensile effettuata nei confronti della Regione per la rilevazione delle attività di specialistica ambulatoriale</p> <p>5) Realizzazione per quanto di competenza di quanto previsto in materia dalla D.G.R. n. VIII/10946 del 30.12.2009 (almeno 95% dei primi accessi) e dal Piano Aziendale dell'ASL di contenimento dei tempi d'attesa per l'anno 2013</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Obiettivi da contratto con l'ASL	Obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso (e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti) la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anestesia e Rianimazione	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Obiettivi di interesse regionale	Espletamento di eventuali obiettivi di interesse regionale di futura declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Obiettivi di interesse regionale	Espletamento di eventuali obiettivi di interesse regionale di futura declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pneumologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Obiettivi di interesse regionale	Espletamento di eventuali obiettivi di interesse regionale di futura declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Obiettivi di interesse regionale	1) segnalazioni alla Direzione di Presidio di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi 2) Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Obiettivi di interesse regionale: - Piano Comunicazione	Invio, entro la scadenza indicata dalla Regione, del Piano Comunicazione alla Direzione Generale Sanità	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pronto Soccorso	Obiettivi di interesse regionale: miglioramento delle attività di soccorso dei pazienti urgenti (1/2)	- Incremento dell'utilizzo degli ambulatori codici minori valore 2014 >10% 2013 - Riduzione del tempo di attesa codice verde (da triage a visita) valore 2014 <= 10% 2013 - Partecipazione dell' 70% del personale di Pronto Soccorso agli eventi formativi della DG Salute	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Obiettivi di interesse regionale: miglioramento delle attività di soccorso dei pazienti urgenti (2/2)	1) Condivisione con l'ASL di riferimento di PDTA finalizzati al rientro al territorio dei pazienti con codici minori in relazione ad almeno 2 tra le patologie più frequenti 2) Predisposizione di un piano ospedaliero da approvarsi dalla ASL di riferimento finalizzato al miglioramento dell'organizzazione ospedaliera interna in favore dei pazienti urgenti	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Obiettivi emersi in sede di contrattazione di budget	1) Elaborazione del percorso volto alla identificazione preventiva dei casi di estemporanea dalle sale operatorie 2) Collaborazione con Direzione Medica e SIA al processo di informatizzazione delle richieste di prestazioni per interni	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Presenza di protocollo sottoscritto con Direzione Medica e UU.OO. Chirurgiche	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Medica di Presidio	Obiettivi emersi in sede di contrattazione di budget	1) Informatizzazione delle richieste di consulenza per pazienti ricoverati 2) Informatizzazione delle richieste di consulenza rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica Valutazione fattibilità tecnica e metodologica ed implementazione per quanto di competenza Obiettivo condiviso con Sistemi Informativi Aziendali	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza della presenza di analisi di fattibilità tecnica e, se/ ove già possibile, dell'implementazione della richiesta informatizzata	Adempimento dell'obiettivo assegnato per quanto di competenza	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Obiettivi emersi in sede di contrattazione di budget	1) Informatizzazione delle richieste di consulenza per pazienti ricoverati 2) Informatizzazione delle richieste di consulenza rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica Valutazione fattibilità tecnica e metodologica ed implementazione per quanto di competenza Obiettivo condiviso con Sistemi Informativi Aziendali	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza della presenza di analisi di fattibilità tecnica e, se/ ove già possibile, dell'implementazione della richiesta informatizzata	Adempimento dell'obiettivo assegnato per quanto di competenza	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Obiettivi Piano aziendale SISS anno 2014	Rispetto degli obiettivi presenti nel piano SISS aziendale per l'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	DMP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ing. Clinica	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Obiettivi regionali	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Obiettivi Regionali_h1.2011.0005381 PARTE 1	<p>1) Prestazioni ambulatoriali:</p> <p>1.1) Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1%</p> <p>1.2) Tempestività della rilevazione: non più dell'1% di record 28SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista</p> <p>1.3) Tempestività: rispetto delle tempistiche indicate dalla DG Sanità per il flusso relativo all'invio dei dati al MEF</p> <p>1.4) Percentuale di ricette con presenza di IUP (il valore obiettivo per ogni Azienda viene specificato nei piani attuativi del SISS)</p> <p>2) Ricoveri ospedalieri:</p> <p>3.1) Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%</p> <p>3.2) Tempestività della rilevazione: nessun ritardo oltre 1 mese, rispetto alle scadenze previste (da questa rilevazione vanno esclusi i DH di tipo non chirurgico)</p> <p>3) Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri: Completezza della rilevazione degli stranieri UE o da paesi con convenzione: percentuale di record SDO3 superiore al 95%</p>	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione medica	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Obiettivi SISS	Rispetto degli obiettivi regionali di prossima declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
SIA	Obiettivi SISS - anche da obiettivi da contratto ASL	Esecuzione degli obiettivi SISS come da piano aziendale per l'anno 2014 La struttura dovrà seguire le direttive sia di integrazione al SISS nei tempi e nei modi che saranno definiti dal Piano Regionale di prossima emanazione sia quelle relative al Piano di Call Center e prenotazione multicanale regionali la Struttura si deve impegnare a garantire la continuità contrattuale con un Service Provider Accreditato (qualificato) anche in caso di sostituzione dello stesso (come da comunicazioni sul nuovo assetto Service Provider) . L'inadempienza darà seguito a sanzione ed a revoca del contratto sino ad ottemperanza della clausola vincolante.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Esplicitazione del piano di sostituzione delle apparecchiature e del relativo piano di addestramento degli operatori	Entro 15 ottobre: evidenza della definizione del piano di sostituzione e del relativo piano di addestramento del personale; (indicatore da applicarsi al solo personale dirigente) Entro 28 febbraio 2015 evidenza attuazione piano di formazione (indicatore da applicarsi al personale dirigente e del comparto)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire adeguato addestramento degli operatori sia nelle attività di routine sia nelle attività di urgenza anche in regime di PD	Persoanle addestrato /personale da addestrare individuato nel piano di formazione =1	Persoanle addestrato /personale da addestrare individuato nel piano di formazione =1	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Medico Competente	Organizzazione delle visite periodiche per gli esposti al rischio di radiazioni ionizzanti di cat. A	1) Visite semestrali; 2) rivalutazione annuale di tutti gli esposti di categoria A attraverso modulistica redatta dal Fisico Sanitario e compilazione da parte del Responsabile di UU.OO. (fase attiva di sollecito della rivalutazione e di controllo delle esecuzioni);	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Segr. Direzione Generale	Organizzazione eventi definiti dall'Azienda	1) Organizzazione evento; 2) Elaborazione atti, quando dovuto, entro 30 giorni	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Organizzazione eventi di formazione relativi alla sicurezza sul posto di lavoro	Effettuazione della prova di applicazione del piano emergenza evacuazione in reparto a tutte le UUOO interessate con relativo verbale entro 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Osservatorio gare web	Collaborazione, per la parte di competenza, in merito alla corretta imputazione prezzi - dati da inviare ai flussi	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Osservatorio regionale prezzi e tecnologie	Adesione in termini di tempi e di accuratezza dei dati con riferimento alle rilevazioni straordinarie sulle apparecchiature di alta tecnologia che saranno attivate nel corso dell'anno. Tempestività e correttezza nella comunicazione dei dati contratti e consumi dell'osservatorio ORPT	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Partecipazione a gruppi di lavoro	Partecipazione di un medico legale e di un legale ai gruppi di lavoro per professionisti medico legali e professionisti legali/liquidatori che dovranno incontrarsi con cadenza mensile/bimestrale presso la sede di Regione Lombardia per poter condividere e confrontare i sinistri complessi o con importo rilevante.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Acquisti di Beni e Servizi	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Partecipazione ai comitati di dipartimento	Presenza ad almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	PDTA paziente diabetico	Applicazione per gli aspetti di competenza di quanto previsto nel documento condiviso, con particolare attenzione sia alla nota regionale del 5/03/2014 prot. H1.2014.0009626 (utilizzoincretine), sia alle regole sull'automonitoraggio e gestione Integrata da parte dei Centri Diabetologici con i MMG/PLS dei pazienti Tipo II non complicati.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Piano Anti-Corruzione	Supporto al responsabile aziendale della Trasparenza e delle attività anti Corruzione Collegamento tra codice etico e piano anticorruzione e revisione delle schede	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Piano Comunicazione - Carta dei Servizi	Completamento aggiornamento della Nuova Carta dei Servizi (in formato elettronico)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Medica di Presidio	Piano della Performance	1) Valutazione degli obiettivi di propria competenza per l'inserimento nel Piano della Performance 2014 entro le scadenze indicate 2) Collaborazione alla redazione del Piano per l'anno 2014 entro le scadenze indicate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Risk Management	Piano di Risk Management	1) Il Piano strategico di Risk Management anno 2014 dovrà essere elaborato con riferimento all'andamento della rischiosità aziendale, prendendo come riferimento i dati degli indicatori regionali di benchmarking sul rischio nonché gli eventi sentinella e gli eventi avversi più rilevanti. Particolare attenzione deve essere posta sulla definizione dei risultati che devono essere concretamente misurabili 2) Seguire le linee strategiche di gestione del rischio riportate a pagina 102-103 dell'all. 3 delle Regole 2014	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Piano e Relazione della Performance	1) Stesura della Relazione alla Performance Aziendale per l'anno 2013 2) Piano della Performance: stesura secondo linee guida regionali/aziendali entro il 30/06/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Formazione	Piano Formazione	Approvare ed inserire nel sistema informatico ECM il Piano di Formazione Aziendale per l'anno 2014 entro la data del 15 febbraio. Il Piano deve prevedere l'organizzazione di eventi formativi legati alle aree di maggiore criticità	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione	Implementare e gestire il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione Comunicare alle diverse UU.OO. Aziendali compiti e scadenze al fine di poter garantire un adeguato tempo di redazione della documentazione richiesta	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Amministrativo	Piano Investimenti: rispetto delle indicazioni regionali sugli investimenti ai sensi del D. Lgs n. 118/2011	I piani di investimento aziendali devono essere approvati dal collegio sindacale, che ne certifica la sostenibilità nel quadro delle risorse di bilancio (anche in riferimento alle ricadute sul bilancio corrente); la Direzione aziendale potrà avvalersi anche dell'Organismo di valutazione del codice etico per la valutazione della coerenza con gli indirizzi regionali in termini di sviluppo del Sistema Sanitario. Tale modalità dovrà essere utilizzata anche nel caso di presentazione di istanze nell'ambito dei provvedimenti regionali che finalizzano risorse in conto capitale ad interventi di edilizia sanitaria. Resta confermata la previsione che, nel caso di mancato utilizzo delle risorse proprie e/o delle risorse di cui alla DGR n. X/821/2013 alla data della relativa istanza, l'Azienda Ospedaliera debba obbligatoriamente provvedere in via prioritaria con tali risorse nella propria disponibilità. Le Aziende già autorizzate nel corso del 2013 ad utilizzare le risorse proprie disponibili nel bilancio d'esercizio al 30.06.2013, dovranno esporre nel piano investimenti 2014, da approvarsi nel Bilancio Preventivo Economico 2014, la quota residua non utilizzata nell'esercizio 2013 e l'oggetto dell'intervento. Nel piano investimenti 2014 dovranno altresì essere esposte le risorse residue di cui	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Piano Qualità e Sicurezza aziendale	Aggiornamento semestrale del piano Qualità e Sicurezza aziendale, anche in base a nuove indicazioni che perverranno in azienda	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Direzione Medica di Presidio	Piano SISS	Stesura del Piano SISS per l'anno 2014, contenente i seguenti temi: 1) gli obiettivi di diffusione /utilizzo dei servizi SISS alle aziende; 2) il piano di integrazione/evoluzione nel SISS dei propri SIA; 3) i livelli di servizio che l'azienda si impegnerà a rispettare relativamente ai servizi esposti sulla rete SISS; 4) la comunicazione ai cittadini e le attività di formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nei vari processi. Da circolare applicativa alle regole, ciò dovrà essere fatto entro il 31/03/2014 Obiettivo prioritario è la promozione ed il monitoraggio dell'utilizzo del SISS anche per le prescrizioni dei medici ospedalieri.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Politiche di razionalizzazione della spesa	Per l'erogazione di corsi di formazione: 1) dovranno essere privilegiate le metodologie a basso impatto economico, quali la formazione sul campo, gli audit clinici, l'affiancamento, la FAD blended, sviluppando programmi FAD anche attraverso i consorzi degli acquisti; 2) dovrà essere valutato l'utilizzo di formatori interni all'Ente; 3) sarà opportuno contenere la quota prevista nei piani di formazione aziendali per la partecipazione ad eventi formativi a pagamento al di fuori delle Aziende Ospedaliere o Sanitarie, quali convegni e congressi fuori sede (subordinata ad una rilevanza scientifica accertata da parte dei responsabili autorizzativi aziendali) 4) sviluppare la capacità di attrazione di fondi da Sponsor privati	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Portale dei servizi per il cittadino	Progressivo impegno per la diffusione e la promozione delle credenziali di accesso, al fine di incrementare e migliorare per i cittadini la possibilità di utilizzo dei servizi in particolare per il ritiro e la consultazione dei propri referti dal Fascicolo sanitario e le prenotazioni.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Potenziamento della Rete Ematologica Lombarda – REL (In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica:	Corretta applicazione dei PDTA definiti dalla REL (ranking 2014 migliore 2013) .	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Potenziamento della Rete Nefrologica Lombarda – RENE (In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica:	Corretta applicazione dei PDTA definiti dalla RENE ranking 2014 migliore 2013).	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Potenziamento Rete STEMI (In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica)	- Corretta applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da infarto ranking 2014 migliore 2013). - Evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro STEMI.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Prescrizione farmaceutica alla dimissione e nel corso di consulenze specialistiche	Suggerimento terapeutico presente nella "lettera di dimissione", che privilegi l'utilizzo di farmaci equivalenti, almeno nei casi riferiti alle classi ATCC08, C09, C10J01 (limitatamente a J01MA), M01 e M05 nel rispetto del prontuario alla dimissione e delle note AIFA ove presenti. Nella compilazione delle lettere di dimissione e dei referti ambulatoriali si privilegi inoltre l'apposizione delle seguenti diciture: Gastroprotezione a giudizio del Medico Curante; Antidolorifici a giudizio del Medico Curante; Antinfiammatori a giudizio del Medico Curante. Tali diciture, riportate a scopo esemplificativo, ovviamente vanno adottate quando non si sia in presenza di una patologia per la quale è necessario una specifica terapia.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Prescrizione farmaceutica alla dimissione e nel corso di consulenze specialistiche	Suggerimento terapeutico presente nella "lettera di dimissione", che privilegi l'utilizzo di farmaci equivalenti, almeno nei casi riferiti alle classi ATCC08, C09, C10J01 (limitatamente a J01MA), M01 e M05 nel rispetto del prontuario alla dimissione e delle note AIFA ove presenti. Nella compilazione delle lettere di dimissione e dei referti ambulatoriali si privilegi inoltre l'apposizione delle seguenti diciture: Gastroprotezione a giudizio del Medico Curante; Antidolorifici a giudizio del Medico Curante; Antinfiammatori a giudizio del Medico Curante. Tali diciture, riportate a scopo esemplificativo, ovviamente vanno adottate quando non si sia in presenza di una patologia per la quale è necessario una specifica terapia.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Prescrizione farmaceutica alla dimissione e nel corso di consulenze specialistiche	Suggerimento terapeutico presente nella "lettera di dimissione", che privilegi l'utilizzo di farmaci equivalenti, almeno nei casi riferiti alle classi ATCC08, C09, C10J01 (limitatamente a J01MA), M01 e M05 nel rispetto del prontuario alla dimissione e delle note AIFA ove presenti. Nella compilazione delle lettere di dimissione e dei referti ambulatoriali si privilegi inoltre l'apposizione delle seguenti diciture: Gastroprotezione a giudizio del Medico Curante; Antidolorifici a giudizio del Medico Curante; Antinfiammatori a giudizio del Medico Curante. Tali diciture, riportate a scopo esemplificativo, ovviamente vanno adottate	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Prescrizione farmaceutica alla dimissione e nel corso di consulenze specialistiche	Suggerimento terapeutico presente nella "lettera di dimissione", che privilegi l'utilizzo di farmaci equivalenti, almeno nei casi riferiti alle classi ATCC08, C09, C10J01 (limitatamente a J01MA), M01 e M05 nel rispetto del prontuario alla dimissione e delle note AIFA ove presenti. Nella compilazione delle lettere di dimissione e dei referti ambulatoriali si privilegi inoltre l'apposizione delle seguenti diciture: Gastroprotezione a giudizio del Medico Curante; Antidolorifici a giudizio del Medico Curante; Antinfiammatori a giudizio del Medico Curante. Tali diciture, riportate a scopo esemplificativo, ovviamente vanno adottate quando non si sia in presenza di una patologia per la quale è necessario una specifica terapia.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anatomia Patologica	Prestazioni di screening	Erogazione delle prestazioni di screening richieste dal 100% dell'utenza che si reca presso l'A.O.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Prestazioni di screening	Erogazione delle prestazioni di screening richieste dal 100% dell'utenza che si reca presso l'A.O.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Prestazioni di screening	Erogazione delle prestazioni di screening richieste dal 100% dell'utenza che si reca presso l'A.O.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Prevenzione cadute ed infortuni (pazienti/visitatori)	1) Aggiornamento database cadute ed infortuni II sem. 2013 entro 2014 entro scadenze comunicate tramite comunicazione regionale 2) Aggiornamento database cadute ed infortuni I sem 2014 entro 2014 entro scadenze comunicate tramite comunicazione regionale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Prevenzione della corruzione	1) Adottare, entro il termine del 31 gennaio 2014, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, che, di regola, include anche il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Qualora anche i due atti dovessero rimanere distinti, le Aziende dovranno comunque garantire il coordinamento e la coerenza fra i loro contenuti, nonché l'ulteriore collegamento con il Piano della Performance. Le attività svolte dalle aziende per l'implementazione e l'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance 2) Individuare, delle ulteriori figure dirigenziali aziendali, alle quali sono demandati, in relazione alle strutture affidate alla loro direzione, l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione alle aree di rispettiva competenza, il monitoraggio della attuazione del Piano e la formulazione di proposte di modifica e di introduzione di azioni correttive, da apportare a quest'ultimo, nonché l'implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente", presente sul sito istituzionale, ai fini	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	Procedure per prodotti esclusivi	In merito alle procedure negoziate senza pubblicazione di un bando di gara per prodotti esclusivi, art. 57 comma 2 lettera b) DLgs. n. 163/2006 e ss.mm.ii. si richiede che le stazioni appaltanti nella "adeguata motivazione della delibera o determina a contrarre" inseriscano una relazione da parte dei sanitari competenti a supporto di tali motivazioni.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Processo di budget	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi di budget entro le scadenze trimestrali indicate.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Processo di budget	Fornire le certificazioni nei monitoraggi infrannuali entro le scadenze definite	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Controllo di gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Processo di budget	Fornire le certificazioni nei monitoraggi infrannuali entro le scadenze definite	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Controllo di gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Risk Management	Processo di budget	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi di budget entro le scadenze trimestrali indicate, con evidenza dei valori raggiunti dall'U.O. nel periodo di riferimento per ciascun indicatore monitorato.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Processo di budget	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi di budget entro le scadenze trimestrali indicate.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Segr. Direzione Generale	Processo di budget	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi di budget entro le scadenze trimestrali indicate.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Processo di budget	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi di budget entro le scadenze trimestrali indicate, con evidenza dei valori raggiunti dall'U.O. nel periodo di riferimento per ciascun indicatore monitorato.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Processo di budget	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi di budget entro le scadenze trimestrali indicate, con evidenza dei valori raggiunti dall'U.O. nel periodo di riferimento per ciascun indicatore monitorato.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nella relazione di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Processo di budget e altre rendicontazioni	1) Budget: Fornire le certificazioni nei monitoraggi infrannuali entro le scadenze definite 2) Fornire i dati per le certificazioni flusso AREU entro le scadenze	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Controllo di gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Processo di budget e di monitoraggio obiettivi di mandato	Fornire le certificazioni relative agli obiettivi oggetto di monitoraggio entro le scadenze indicate, con evidenza dei valori raggiunti dall'U.O. nel periodo di riferimento per ciascun indicatore monitorato.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Progettazioni interne	1) SIMT (entro 31/12 garantire requisiti strutturali minimi da accreditamento e progetto di ristrutturazione complessiva) 2) elisuperficie (progettazione e realizzazione entro il 31/12)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Progetti di comunicazione	In corso d'anno, in fase attuativa, tutti i progetti di comunicazione realizzati dagli enti sanitari e socio-sanitari dovranno essere sottoposti preventivamente, tramite e-mail, all'ufficio comunicazione della Direzione Generale Sanità almeno 15 giorni prima dall'avvio dell'iniziativa. Per azioni di comunicazione locale gli enti sanitari sono altresì tenuti a raccordarsi con la Sede Territoriale di riferimento. Mantenere coerenza con i Piani di Comunicazione presentati	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Protocolli interaziendali per integrazione ospedale territorio - obesità	Controllo 100% dei dipendenti con misurazione dell'indice di massa corporea (rendicontazione trimestrale dell'attività).	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Farmacia	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Acquisti di Beni e Servizi	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SITRA	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Controllo di Gestione	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Amministrativa di Presidio	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Farmacia	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Formazione	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Comunicazione	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Medico Competente	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Mina	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Personale	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ragioneria	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Segr. Direzione Generale	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Documenti in uscita anno 2014 in modalità PEC pari al 10% del totale dei protocolli in uscita anno 2014 (indicatore soggetto a valutazione da parte del certificatore in base alla effettiva attivazione dei percorsi di dematerializzazione programmati - incidenza sull'arco temporale effettivo oggetto di valutazione e alle eventuali variazioni nella tipologia di documentazione protocollata in uscita).	Ottemperare alla normativa vigente che impone l'utilizzo della PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che necessitano di una ricevuta di invio e di una ricevuta di consegna tra pubbliche amministrazioni. Artt 6 , 47 e 48, D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i. c.d. CAD Legge regionale n.7/2012 ,art. 51.	nr. documenti protocollati in uscita PEC/ nr totali documenti protocollati in uscita	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SIA	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Tecnico Patrimoniale	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
URP	Protocollo Informatizzato	1) Rispetto delle direttive aziendali prodotte dall'uff. Controllo sugli Atti e sui Servizi Appaltati 2) Fascicolazione dell'80% dei documenti assegnati a ciascun utente sul sistema di protocollo proteus PA.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Ottemperare al DPR n. 445 del 2000	Raggiunto se a livello di singola U.O. l' 80% dei documenti assegnati per competenza su ProteusPA sono fascicolati dalla medesima U.O. Dato estrapolato da statistica ProteusPA	nr. documenti fascicolati/ nr documenti assegnati per competenza = 80%	Controllo Atti	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ostetricia-Ginecologia	Punti nascita: riduzione del tasso di cesarizzazione per le AO con punti nascita (del 6% se superiore al 75° percentile, del 3% se compreso tra il 75° ed il 25° percentile, mantenimento del valore se inferiore al 25° percentile)	5.1. Numero parti totale/numero parti cesarei (Ranking + confronto con il 2013)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Medica di Presidio	Qualità della rendicontazione	Prestazioni ambulatoriali: o Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1% o Tempestività della rilevazione: % di record 28SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista ≤ 1% o Tempestività: rispetto delle tempistiche indicate dalla DG Sanità per il flusso relativo all'invio dei dati al Ministero della Economia e delle Finanze o Percentuale di ricette con presenza di IUP (il valore obiettivo per ogni Azienda viene specificato nei piani attuativi del SISS) Prestazioni di Pronto Soccorso: o Completezza della rilevazione: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN ≤ al 5% Ricoveri ospedalieri: o Qualità della rilevazione – errori gravi: percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" ≤ al 1% o Tempestività della rilevazione: nessun ritardo oltre 1 mese, rispetto alle scadenze previste (da questa rilevazione esclusi i DH di tipo non chirurgico) Flusso Endoprotesi: o Percentuale di completezza nella compilazione dei campi per i record endoprotesi (SDO4): ≤ 5% (in meno) rispetto a media regione Flussi Ministeriali: o Percentuale di modelli dei Flussi Ministeriali segnalati oltre il termine stabilito dalle regole inferiore al 1% Certificati di Assistenza al Parto: o Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati col CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO o Tempestività della rilevazione: percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5% o Rapporto tra CEDAP con segnalazione di malformazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Formazione	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% Raggiungimento STD	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire la formazione, l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze nell'organizzazione rispondendo sia agli obblighi formativi nell'ambito della sicurezza del paziente che della tutela della salute degli operatori e ogni altro ambito normato dalla legislazione vigente.	1) % raggiungimento degli std SDI=>98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per i restanti trimestri %raggiungimento azioni pianificate	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% Raggiungimento STD SML (Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per restanti trimestri % di raggiungimento azioni pianificate)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Rendere disponibili le informazioni superando le barriere linguistiche 2) completare la modalità di gestione dei controlli qualità	% raggiungimento degli std SMEL ≥ 98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	Presenza di istruzioni operative per la gestione dei pazienti nella sedazione cosciente coerenti con le Linee Guida Aziendali. (I trimestre : presenza di bozza delle indicazioni operative; II trimestre: condivisione e validazione con direttore DEA; III e IV trimestre: implementazione)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di dare evidenza dei farmaci utilizzati e delle modalità di monitoraggio dei pazienti nella sedazione cosciente.	Presenza di Istruzioni Operative validate dal Direttore DEA.	N° U.O. /N° Istruzioni operativa=1	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti (sia per l'Unità Operativa, sia per la sala angiografica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Direzione Medica di Presidio	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) Definizione (congiunta con le UU.OO. di: DMP, SITRA e Formazione) del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Definizione del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	1) % raggiungimento degli std SDI=>98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per i restanti trimestri %raggiungimento azioni pianificate	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) Definizione (congiunta con le UU.OO. di: DMP, SITRA e Formazione) del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali del personale medico	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Definizione del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	1) % raggiungimento degli std SDI=>98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per i restanti trimestri %raggiungimento azioni pianificate	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	Presenza di istruzioni operative per la gestione dei pazienti nella sedazione cosciente coerenti con le Linee Guida Aziendali. (I trimestre : presenza di bozza delle indicazioni operative; II trimestre: condivisione e validazione con direttore DEA; III e IV trimestre: implementazione)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di dare evidenza dei farmaci utilizzati e delle modalità di monitoraggio dei pazienti nella sedazione cosciente.	Presenza di Istruzioni Operative validate dal Direttore DEA.	N° U.O. /N° Istruzioni operative=1	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	N° di piani di manutenzioni ordinarie e straordinarie / N° delle Unità Operative	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) rendere disponibili alle singole U.O. la possibilità di governo delle apparecchiature elettromedicali 2) garantire l'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature medicali ai pazienti, agli operatori e all'organizzazione.	1) presenza in tutte le U.O. di un elenco delle apparecchiature elettromedicali e di piano delle manutenzioni ordinarie	1) Elenco delle attrezzature elettromedicali per il blocco operatorio, sale operative, radiologia 2) N° di piani di manutenzioni ordinarie / N° delle Unità Operative citate al punto 1)	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% Raggiungimento STD SML (Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per restanti trimestri % di raggiungimento azioni pianificate)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Rendere disponibili le informazioni superando le barriere linguistiche 2) completare la modalità di gestione dei controlli qualità	% raggiungimento degli std SMEL ≥ 98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Nefrologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ocucistica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nella relazione di monitoraggio Mensile in ReportMed	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ocucistica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pediatria	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) Definizione (congiunta con le UU.OO. di: DMP, SITRA e Formazione) del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Definizione del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	1) % raggiungimento degli std SDI=>98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per i restanti trimestri %raggiungimento azioni pianificate	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	Presenza di istruzioni operative per la gestione dei pazienti nella sedazione cosciente coerenti con le Linee Guida Aziendali. (I trimestre : presenza di bozza delle indicazioni operative; II trimestre: condivisione e validazione con direttore DEA; III e IV trimestre: implementazione)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di dare evidenza dei farmaci utilizzati e delle modalità di monitoraggio dei pazienti nella sedazione cosciente.	Presenza di Istruzioni Operative validate dal Direttore DEA.	N° U.O. /N° Istruzioni operativa=1	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	95% standard raggiunti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% Raggiungimento STD STD (Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per restanti trimestri % di raggiungimento azioni pianificate)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Rendere disponibili le informazioni superando le barriere linguistiche 2) completare il documento descrittivo delle responsabilità esecuzione prestazioni 3)Pianificare e attuare programmi di verifica della qualità 4)Definire modalità di appropriatezza delle prestazioni	% raggiungimento degli std STD ≥ 98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.O.O. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) Definizione (congiunta con le UU.OO. di: DMP, SITRA e Formazione) del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Definizione del processo di gestione del personale: dalla definizione delle responsabilità alle modalità di valutazione e rivalutazione dei professionisti 2) Mantenere attivo il sistema di gestione del fascicolo personale 3) Mantenere attivo il sistema di verifica delle credenziali	1) % raggiungimento degli std SDI=>98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per i restanti trimestri %raggiungimento azioni pianificate	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	1) % processi di "Chirurgia Sicura" conclusi sul totale dei processi 2) % Time out eseguiti sul totale Time out previsti	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1)Verificare le modalità di gestione del processo di Time OUT 2) Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione	1) % processi conclusi sul totale dei processi: >98% 2) Time out > 98% degli interventi	1)N° processi conclusi/N° processi previsti 2) N°Time out effettuati/N°time out previsti	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% implementazione nuovo FUT (Foglio Unico Terapia)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di gestire in sicurezza il processo di prescrizione e somministrazione della terapia.	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT = 100%	N° FUT a regime/N°UU.OO. Utilizzatrici del FUT	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	Presenza di istruzioni operative per la gestione dei pazienti nella sedazione cosciente coerenti con le Linee Guida Aziendali. (I trimestre : presenza di bozza delle indicazioni operative; Il trimestre: condivisione e validazione con direttore DEA; III e IV trimestre: implementazione)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Necessità di dare evidenza dei farmaci utilizzati e delle modalità di monitoraggio dei pazienti nella sedazione cosciente.	Presenza di Istruzioni Operative validate dal Direttore DEA.	N° U.O. /N° Istruzioni operativa=1	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DEA	Realizzazione Comitati di Dipartimento	Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale (riportante una sintesi dei contenuti e l'indicazione dei presenti/assenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Amministrativo	Realizzazione Comitati di Dipartimento	Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale con indicazione dei presenti.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Dip. Cardiocerebrovascolare	Realizzazione Comitato di Dipartimento	di Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale (riportante una sintesi dei contenuti e l'indicazione dei presenti/assenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Riabilitazione	Realizzazione Comitato di Dipartimento	di Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale (riportante una sintesi dei contenuti e l'indicazione dei presenti/assenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Chirurgiche	Realizzazione Comitato di Dipartimento	di Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale (riportante una sintesi dei contenuti e l'indicazione dei presenti/assenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Mediche	Realizzazione Comitato di Dipartimento	di Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale (riportante una sintesi dei contenuti e l'indicazione dei presenti/assenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DSM	Realizzazione Comitato di Dipartimento	di Effettuare 5 comitati di Dipartimento con relativo verbale (riportante una sintesi dei contenuti e l'indicazione dei presenti/assenti)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la partecipazione ad incontri che favoriscano il coordinamento della gestione aziendale ed il trasferimento dei contenuti dal livello Dipartimentale alle Unità Operative	Raggiunto se verranno organizzati almeno 5 comitati di dipartimento, al termine dei quali deve essere redatto il relativo verbale	N. comitati effettivamente realizzati ≥ 5	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	realizzazione di percorsi specifici nell'area della nefrologia, ematologia e oncologia, condivisi tra ASL e strutture ospedaliere, riferiti alla promozione dell'uso e alla prescrizione alla dimissione dei farmaci biotecnologici a brevetto scaduto per tutti i pazienti di nuova diagnosi;	Publicazione su sito web di ciascuna AO di almeno due percorsi specifici nell'area della nefrologia, ematologia e oncologia, condivisi con la ASL	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SIA	Realizzazione FTP server	Realizzazione obiettivi come da progetto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
DEA	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Amministrativo	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Direttore di Dipartimento / Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Cardiocervicovascolare	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Riabilitazione	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Chirurgiche	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Dip. Scienze Mediche	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
DSM	Realizzazione Direzione	Riesame di direzione Eseguiamo almeno un riesame di direzione nell'anno 2014, con la seguente calendarizzazione: 1) riesame di direzione di ciascuna U.O. afferente al dipartimento entro il 30/09/2014 2) riesame di direzione di dipartimento entro il 31/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Laboratorio Analisi	Realizzazione Riesame di Direzione	Eseguire almeno un riesame di direzione nell'anno 2014 entro il 30/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Realizzazione Riesame di Direzione	Eseguire almeno un riesame di direzione nell'anno 2014 entro il 30/10/2014 Linee Guida per i contenuti e la forma presenti sul sito intranet aziendale e presso l'Ufficio Qualità)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire percorsi di revisione guidata dell'attività dipartimentale e delle singole UO	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Valutazione completezza del verbale da parte dell'Ufficio Qualità	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Redazione Bilancio - Gestione entrate proprie e contributi anni precedenti	1) Destinare gettito delle entrate proprie al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario e non ad accantonamenti per oneri e spese future 2) destinare i proventi straordinari prioritariamente a garantire la copertura di eventuali oneri straordinari 3) operare una riduzione sul livello dei costi aziendali pari agli eventuali decrementi del livello delle entrate proprie rispetto a quanto preventivato, al fine di garantire l'equilibrio economico 4) appostare a bilancio i contributi relativi agli anni precedenti secondo le disposizioni contenute nelle circolari applicative alle Regole	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Redazione delle relazioni integrative al bilancio	Redazione delle relazioni integrative al bilancio e alle certificazioni trimestrali nel pieno rispetto delle indicazioni regionali	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Relazione con gli organi di comunicazione	1) Informare preventivamente, o almeno tempestivamente, Regione Lombardia, in ogni occasione in cui può esservi l'interessamento dei media 2) Inviare una scheda che permetta a DG e assessore di conoscere la posizione dell'azienda 3) Astenersi da commenti che chiamino in causa Regione Lombardia	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Rendicontazione obiettivi intermedi	1) Rendicontazioni a Economico-Finanziaria per il CET entro le scadenze previste; 2) Rendicontazioni a Controllo di Gestione per il 118 entro le scadenze previste.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Rendicontazioni intermedie	Rispetto scadenze del Controllo di Gestione per richiesta dati per Osservatorio Servizi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Controllo di gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Reperibilità via WEB	Rendere disponibile un modulo per la predisposizione delle reperibilità online (in collaborazione con uff. SITRA) Azione: acquisto modulo informatico	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Reperibilità via WEB	Rendere disponibile un modulo per la predisposizione delle reperibilità online (in collaborazione con uff. SIA) Azione: valutazione modulo turni	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Requisiti dgr 9014: controlli NOC interno sul campione ASL per autovalutazione	Partecipazione ad attività del NOC interno	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
SIMT	Requisiti di funzionamento	Entro il 31/12/2014, i Servizi trasfusionali e le Unità di raccolta del sangue ed emocomponenti dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Accordo Stato - Regioni 242/2010, recepito con d.g.r. n. IX/3465 del 16/05/2012. Il soddisfacimento dei requisiti sarà verificato dalle ASL di afferenza, secondo la programmazione definita nel piano dei controlli 2014.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Rete regionale di prenotazione	Alle Aziende verrà chiesto di mettere a disposizione l'intera offerta di prestazioni in modo omogeneo, andando quindi progressivamente a perfezionare tutte le agende, uniformandole a standard/caratteristiche comuni.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Reti di Patologia (sottoprogetto REL - Reazioni Averse)	Invio in Regione di tutte le segnalazioni avverse pervenute	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Revisione della documentazione aziendale	Stesura ed implementazione della nuova cartella per SIMULTANEOUS CARE	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Presenza di nuova cartella casi Simultaneous Care	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Richiesta di prestazioni ad U.O. Anatomia Patologica	Incremento delle richieste informatizzate rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica attraverso l'utilizzo del software OrmaWeb in sostituzione della richiesta in formato cartaceo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La richiesta informatizzata elimina i problemi di interpretazione delle richieste cartacee facilitando il percorso di erogazione delle prestazioni richieste	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Incremento delle richieste informatizzate rispetto alle richieste cartacee Standard: valutazione a fine anno della Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch.Generale	Richiesta di prestazioni ad U.O. Anatomia Patologica	Incremento delle richieste informatizzate rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica attraverso l'utilizzo del software OrmaWeb in sostituzione della richiesta in formato cartaceo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La richiesta informatizzata elimina i problemi di interpretazione delle richieste cartacee facilitando il percorso di erogazione delle prestazioni richieste	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Incremento delle richieste informatizzate rispetto alle richieste cartacee Standard: valutazione a fine anno della Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ortopedia	Richiesta di prestazioni ad U.O. Anatomia Patologica	Incremento delle richieste informatizzate rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica attraverso l'utilizzo del software OrmaWeb in sostituzione della richiesta in formato cartaceo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La richiesta informatizzata elimina i problemi di interpretazione delle richieste cartacee facilitando il percorso di erogazione delle prestazioni richieste	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Incremento delle richieste informatizzate rispetto alle richieste cartacee Standard: valutazione a fine anno della Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ostetricia-Ginecologia	Richiesta di prestazioni ad U.O. Anatomia Patologica	Incremento delle richieste informatizzate rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica attraverso l'utilizzo del software OrmaWeb in sostituzione della richiesta in formato cartaceo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La richiesta informatizzata elimina i problemi di interpretazione delle richieste cartacee facilitando il percorso di erogazione delle prestazioni richieste	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Incremento delle richieste informatizzate rispetto alle richieste cartacee Standard: valutazione a fine anno della Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Otorinolaringoiatria	Richiesta di prestazioni ad U.O. Anatomia Patologica	Incremento delle richieste informatizzate rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica attraverso l'utilizzo del software OrmaWeb in sostituzione della richiesta in formato cartaceo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La richiesta informatizzata elimina i problemi di interpretazione delle richieste cartacee facilitando il percorso di erogazione delle prestazioni richieste	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Incremento delle richieste informatizzate rispetto alle richieste cartacee Standard: valutazione a fine anno della Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Urologia	Richiesta di prestazioni ad U.O. Anatomia Patologica	Incremento delle richieste informatizzate rivolte all'U.O. di Anatomia Patologica attraverso l'utilizzo del software OrmaWeb in sostituzione della richiesta in formato cartaceo	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La richiesta informatizzata elimina i problemi di interpretazione delle richieste cartacee facilitando il percorso di erogazione delle prestazioni richieste	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Incremento delle richieste informatizzate rispetto alle richieste cartacee Standard: valutazione a fine anno della Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Farmacia	Richieste approvvigionamenti di farmaci e presidi online	Collaborazione con il SITRA nell'implementazione delle modalità di approvvigionamento online	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Riconoscibilità degli enti come parte del SSR	Rispetto delle linee guida per la comunicazione degli enti del Sistema sanitario lombardo approvate con dgr n. 10256 del 7 ottobre 2009: - le A.O. e gli IRCCS pubblici affiancheranno il proprio marchio a quello di identificazione "Sistema Sanitario Regione Lombardia"	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari Standard: -20% del valore 2013 (per entrambi)	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari Standard: -20% del valore 2013 (per entrambi)	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari Standard: -20% del valore 2013 (per entrambi)	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari Standard: -20% del valore 2013 (per entrambi)	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari Standard: -20% del valore 2013 (per entrambi)	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital 2) I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari Standard: -20% del valore 2013 (per entrambi)	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Ridurre i ricoveri brevi medici	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Ridurre i ricoveri brevi medici	16 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	16 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri Standard: -20% del valore 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Riduzione dei tempi processo dei pazienti in Pronto soccorso: miglioramento dell'organizzazione ospedaliera interna in favore dei pazienti urgenti;	Adozione e prima applicazione di un Piano ospedaliero interno per il miglioramento dell'accoglienza dei pazienti urgenti (da approvarsi a cura della ASL di riferimento) in cui siano definiti regole organizzative e indicatori di risultato. Monitoraggio degli indicatori nel secondo semestre 2014	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Riduzione mortalità Sepsì	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch. Vascolare	Riduzione mortalità Sepsì	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch.Generale	Riduzione mortalità Sepsì	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Gastroenterologia	Riduzione mortalità Sepsì	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Nefrologia	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Neurologia	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Oculistica	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Oncologia Medica	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ortopedia	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Otorinolaringoiatria	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pediatria	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pneumologia	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Cardiologica	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Delle Dipendenze	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Respiratoria	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Urologia	Riduzione mortalità Sepsis	1) Riconoscimento della sepsi moderata e grave 2) Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	La diagnosi di sepsi moderata e grave è sottostimata	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	1) Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto 2) Percento di pazienti che ricevono i sepsis six Standard: 1) >80% 2) > 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Anatomia Patologica	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Anestesia e Rianimazione	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cardiologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Centro Oncologico	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch. Vascolare	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch.Generale	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Gastroenterologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Laboratorio Analisi	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Nefrologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Neurologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
NPI	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes-SISS	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ocucistica	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Oncologia Medica	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ostetricia-Ginecologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Otorinolaringoiatria	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pediatria	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pneumologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Pronto Soccorso	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Psichiatria	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Prescrizioni informatizzate Garantire il necessario addestramento al proprio personale entro il 31/05	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Radiologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Cardiologica	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Delle Dipendenze	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Riab. Neuromotoria	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbal PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
SIMT	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbal PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Urologia	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbal PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Direzione Amministrativa di Presidio	Rilevazioni tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	Collaborazione del CUP nella rilevazione mensile (fase di simulazione) nel numero limite di 50 a rilevazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Riorganizzare l'attività del pool infermieristico del settore di emodinamica (U.O. Cardiologia) e angiografia interventistica (U.O. Radiologia) con integrazione del servizio di reperibilità. (finalizzata a non attivare una reperibilità specifica per il servizio di radiografia interventistica)	1.Acquisizione di competenze specifiche definite attraverso la presenza programmata in sala angiografica 2. presenza di turnazioni di reperibilità integrata (servizio di emodinamica + ang. Interventistica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire l'erogazione di tutta l'attività interventistica di emodinamica e angiografia interventistica attraverso un utilizzo appropriato delle risorse	1. N°ore di formazione effettuate con in sala angiografica => 42 ore procapite) 2. N° reperibilità effettuate per servizio emodinamica e angiografia int. => a 30	1. N°ore di formazione effettuate con in sala angiografica => 42 ore procapite) 2. N° reperibilità effettuate per servizio emodinamica e angiografia int. => a 30	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Radiologia	Riorganizzare l'attività del pool infermieristico del settore di emodinamica (U.O. Cardiologia) e angiografia interventistica (U.O. Radiologia) con integrazione del servizio di reperibilità. (finalizzata a non attivare una reperibilità specifica per il servizio di radiografia interventistica)	1.Acquisizione di competenze specifiche definite attraverso la presenza programmata in sala angiografica 2. presenza di turnazioni di reperibilità integrata (servizio di emodinamica + ang. Interventistica)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire l'erogazione di tutta l'attività interventistica di emodinamica e angiografia interventistica attraverso un utilizzo appropriato delle risorse	1. N°ore di formazione effettuate con in sala angiografica => 42 ore procapite) 2. N° reperibilità effettuate per servizio emodinamica e angiografia int. => a 30	1. N°ore di formazione effettuate con in sala angiografica => 42 ore procapite) 2. N° reperibilità effettuate per servizio emodinamica e angiografia int. => a 30	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	Risk management - formazione	Partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori agli eventi formativi/informativi regionali che riguarderanno principalmente: – Gestione dei sinistri – aspetti legali Dovrà essere assicurata la partecipazione attiva ai Network trimestrali finalizzati allo scambio di esperienze e per favorire la diffusione di una cultura del rischio.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Risk Management - Riduzione degli incidenti	Verifica del monitoraggio trimestrale del piano di manutenzione preventiva (ottica proattiva, es. FMEA), implementato nell'anno 2013 con la collaborazione dell'U.O. Tecnico Patrimoniale Su indicazione della Direzione Sanitaria, si chiede di svolgere attività di sollecito e valutazione rispetto alle attività implementate dall'U.O. Manutenzione e Patrimonio	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Risk Management / Assicurazioni	Aggiornamento continuo del Data Base regionale per il monitoraggio della sinistrosità aziendale (RCT/O), delle polizze, nonché per la raccolta dei dati riguardanti le cadute dei pazienti e visitatori e degli infortuni accorsi agli operatori (in particolare verrà valutata la completezza dei campi "descrizione" e "riservato" sui sinistri	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Risk Management / Patient Safety	1) Segnalazione degli Eventi Sentinella attraverso SIMES (sistema informativo attivato a livello nazionale) mediante compilazione delle schede A e B nei termini previsti, ponendo particolare attenzione alla descrizione del caso e delle cause, dell'analisi condotta, delle azioni di miglioramento intraprese nonché degli indicatori di risultato per la misurazione degli effetti. Solo con la presenza di tali elementi e verificata la coerenza rispetto all'accaduto sarà possibile procedere alla validazione 2) segnalazione real time del verificarsi di eventi sentinella. invio tempestivo dei dati secondo le note regionali, coerenza dati come da tabella = 100% n° invii corretti e completi = 100%	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Risk Management	Risk Management / Patient Safety	1) Raccolta semestrale dei dati sugli eventi avversi, sinistri più significativi e verificatisi nel periodo di riferimento con gli interventi/azioni di miglioramento previste. 2) Raccolta di una serie di informazioni, condivise con la Direzione Generale aziendale, utili a dare evidenza del livello di conoscenza e gestione del rischio e per le ricadute sulle politiche assicurative. 3) Monitoraggio eventi avversi/sinistri/azioni II sem. 2013 entro scadenze comunicate tramite comunicazione regionale 4) Monitoraggio eventi avversi/sinistri/azioni I sem. 2014 entro scadenze comunicate tramite comunicazione regionale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Risk Management/Patient Safety - Partecipazione eventi	Partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori agli eventi formativi regionali su argomenti previsti nelle Linee Guida attività Risk Management anno 2013 (Regione Lombardia-H1.2012,0035717 del 13/12/2012)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Risk Management/Patient Safety - Partecipazione eventi	Partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori agli eventi formativi regionali su argomenti previsti nelle Linee Guida attività Risk Management anno 2014 (Regione Lombardia-H1.2012,0035717 del 13/12/2012)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medico Competente	Risk Management/Patient Safety - Partecipazione eventi formativi/informativi	1)Partecipazione annuale alle iniziative di formazione aziendale relative alla gestione del rischio: almeno 20 ore anno. 2) Docenza/tutor in relazione alla propria competenza al fine di collaborare con le funzioni aziendali coinvolte in progettualità specifiche (es. valutazione del rischio da stress di lavoro correlato).	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Risk Management/Patient Safety - Progetti Operativi	1) stesura del piano annuale di RISK Management entro la tempistica regionale 2) Attuazione di almeno 3 progetti	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Rispetto dei cronoprogrammi e dei quadri economici dei singoli interventi finanziati con AdPQ, Atti Integrativi e Fondo di Rotazione	- scostamento non superiore al 5% del SAL comunicato alle Aziende per ogni singolo intervento, - nessun scostamento in caso di avvio o conclusione delle procedure di gara avvio lavori, fine lavori il collaudo, l'attivazione dei servizi - Approvazione dei Progetti - Nessun aumento dell'importo totale del quadro economico del progetto	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Schede di valutazione (Dirigenza e Comparto) anno 2013	1)Inserimento dati schede valutazione utili per RAR 2013 entro le date prestabilite; 2) inserimento dati valutazione utili per incentivi 2013 entro le date prestabilite; 3) supporto per predisposizione rendicontazioni valutazione anno 2013 ai DSC e alla Direzione Aziendale entro le date prestabilite.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Schede di valutazione (Dirigenza e Comparto) anno 2014	Predisposizione ed invio delle stesse entro le date prestabilite (01/12/2014)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Servizio angiografia interventistica	copertura reperibilità angiografica h12-7gg	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Tasso copertura reperibilità angiografica h12-7gg Standard: 98%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Ch. Vascolare	Servizio angiografia interventistica	copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Tasso copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg Standard: 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Radiologia	Servizio angiografia interventistica	copertura reperibilità angiografica h12-7gg	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Tasso copertura reperibilità angiografica h12-7gg Standard: 98%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Radiologia	Servizio angiografia interventistica	copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Tasso copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg Standard: 90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Anatomia Patologica	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Otorinolaringoiatria	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Cardiologica	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Supporto DEA	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Poliambulatori	Specialisti ambulatoriali SUMAI	Gestione obiettivi secondo le scadenze	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Sperimentazione clinica farmaci	Prosecuzione attività relativa alla rendicontazione periodica delle sperimentazioni come da indicazioni regionali - Monitoraggio sulle sperimentazioni in atto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Risk Management	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Risk Management	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Stesura del Piano di Miglioramento 2015	Redazione del materiale informativo richiesto, come da accordi intercorsi nell'incontro del 13/03/2014 e sulla base delle indicazioni del responsabile aziendale della stesura del Piano di Miglioramento	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Stesura di capitolati tecnici (1)	1) garantire l'assenza di contestazioni da parte dei fornitori relative alla presenza di clausole limitative alla concorrenza 2) assicurare il numero di fornitori partecipanti a ciascuna gara secondo le indicazioni della Direzione Strategica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Direzione Strategica	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ing. Clinica	Stesura di capitolati tecnici (2)	Predisposizione di capitolati tecnici specifici nel rispetto dei tempi concordati con la Direzione Strategica	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Direzione Strategica	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Supporto alle UU.OO. per l'obiettivo di riduzione delle prestazioni richieste per pazienti ricoverati	Disponibilità a fornire supporto metodologico alle UU.OO., su loro eventuale richiesta, nell'analisi delle prestazioni per pazienti ricoverati da considerarsi inappropriate o passibili di una riduzione e nell'identificazione delle prestazioni urgenti (L'obiettivo di riduzione delle prestazioni è in carico solo alle UU.OO. che effettuano attività di ricovero)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Raggiungimento di criteri condivisi per la riduzione di prestazioni di laboratorio richieste per pazienti ricoverati e nella scelta dell'utilizzo del regime di urgenza	Fornire disponibilità ad effettuare analisi ed alla eventuale stipula di accordi con le UU.OO. Aziendali interessate	Fornire disponibilità ad effettuare analisi ed alla eventuale stipula di accordi con le UU.OO. Aziendali interessate	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Tempestività intervento su Stroke	STROKE Tasso di trombolisi eseguite entro 4,5 h	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Una percentuale di pazienti affetti da stroke devono ricevere trombolisi entro 4,5 ore	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	STROKE Tasso di trombolisi eseguite entro 4,5 h Standard: >7%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Tempestività intervento su Stroke e IMA	STROKE 1) Tasso di trombolisi eseguite entro 4,5 h IMA 2) Percento di PTCA primaria eseguite entro 90' 3) Tempo mediano di esecuzione di PTCA	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Una percentuale di pazienti affetti da stroke devono ricevere trombolisi entro 4,5 ore L' intervento di PTCA primaria in urgenza va garantiro entro 90 '	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	STROKE Tasso di trombolisi eseguite entro 4,5 h Standard: > 7% IMA 1) Percento di PTCA primaria eseguite entro 90' >85% 2) Tempo mediano di esecuzione di PTCA < 70'	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
SIA	Tempestività tenuta documentazione di progetto: manuali progetti assegnati	Controllo da parte del responsabile di presidio	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Poliambulatori	Tempi di attesa	presentare esclusivamente su supporto informatico entro le date indicate da Regione Lombardia i piani semestrali aziendali per il governo dei tempi di attesa, redatti congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL. Scadenze 2014: 1) primo semestre 2014 entro il 28/02/2014; 2) secondo semestre 2014 entro il 31/07/2014	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Tempi risoluzione guasti entro parametri contrattualizzati	Report di sistema di TT	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Valutazione del rischio ed idoneità del dipendente in casi di mobilità interna	Stersura del processo e presentazione alla Direzione Sanitaria	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Valutazione finale budget 2013	1) Fornire il materiale alle UO prima dell'incontro del Nucleo di Valutazione per favorire eventuali note da parte dei reparti 2) Convocare incontro con il NdV in data utile a favorire la messa in pagamento degli incentivi nel mese di maggio 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Virtualizzazione Piattaforma Nagios	Realizzazione obiettivi come da progetto	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	SIA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Visite di controllo	Effettuare una visita di controllo rivolta ai casi di gravidanza pre-rientro in servizio per l'attività lavorativa	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di: - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inapproprietezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza 2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio: - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza	1) Duplice indicatore: - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) 2) Duplice indicatore: - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati	A) Raggiunto se si risconterà una riduzione a livello aziendale B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento	1) Duplice valutazione: - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto 2) Duplice valutazione: - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cardiologia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriata o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Generale	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriata o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch. Vascolare	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenzimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenzione le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenzimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenzione le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Otorinolaringoiatria	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenzimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenzimento delle richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenzimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenzimento delle richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pneumologia	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenzimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenzimento le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenzimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenzimento le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Cardiologica	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriata o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	<p>1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriata o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza <p>2) Contenimento delle richieste di esami di laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza 	<p>1) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) <p>2) Duplice indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget 	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	<p>A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali</p> <p>B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati</p>	<p>A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale</p> <p>B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento</p>	<p>1) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenza dell'avvenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto <p>2) Duplice valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9 	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	1) Collaborazione con Laboratorio Analisi al fine di: - analizzare gli attuali protocolli di richiesta delle prestazioni al fine di ridurre casi di inappropriatezza o di ripetitività; - stipulare un protocollo operativo per la richiesta di prestazioni per interni aventi carattere di urgenza 2) Continenimento delle richieste di esami di laboratorio: - riduzione prestazioni richieste per pazienti ricoverati attraverso l'eliminazione di richieste ridondanti o inappropriate; - riduzione delle prestazioni richieste con carattere di urgenza	1) Duplice indicatore: - evidenza della revisione dei protocolli di richiesta per esami diagnostici per pazienti ricoverati, anche attraverso la collaborazione con U.O. Laboratorio Analisi - presenza di protocollo operativo (è garantita la disponibilità dell'U.O. Laboratorio Analisi) 2) Duplice indicatore: - Riduzione tra il 5 ed il 10%, a livello aziendale, rispetto al dato 2013, del rapporto tra esami richiesti per pazienti ricoverati e numero di ricoveri - Riduzione del 10% delle prestazioni urgenti, come da protocollo siglato al punto n.1. Conteggio a partire dal termine degli incontri di budget	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	A) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali B) Contenere le richieste inappropriate/ripetute di esami di laboratorio per pazienti ricoverati	A) Raggiunto se si riscontrerà una riduzione a livello aziendale B) Valutazione proporzionale per ciascuna Unità Operativa in caso di disallineamento	1) Duplice valutazione: - evidenza dell'avenuta interazione con Laboratorio Analisi - presenza di protocollo sottoscritto 2) Duplice valutazione: - (Numero esami richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) compreso tra 0,9 e 0,95 - (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2014 / n. ricoveri 2014) / (Numero esami urgenti richiesti nell'anno 2013 / n. ricoveri 2013) = 0,9	Controllo di Gestione	Mensile tramite prospetto inviato via email	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa	Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Anatomia Patologica	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Comitati di dipartimento	Presenza, ratificata a verbale, in almeno l'80% degli incontri dipartimentali organizzati	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire momenti di confronto tra le Unità Operative afferenti ad uno stesso dipartimento	Raggiunto se il responsabile dell'U.O. è presente ad almeno l'80% degli incontri organizzati	N. incontri in cui è stata accertata la presenza a verbale / n. incontri organizzati > 80%	Direttore di Dipartimento	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 4.245,76 Dato 2014: 4.585,42	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nella relazione di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 367.243,96 Dato 2014: 396.623,48	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 47.935,80 Dato 2014: 51.770,66	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 3.224,58 Dato 2014: 3.482,55	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nella relazione di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 122.002,60 Dato 2014: 131.762,81	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nella relazione di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 72.839,63 Dato 2014: 78.666,80	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 1.956.252,64 Dato 2014: 2.112.752,85	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 2.407,68 Dato 2014: 2.600,29	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 418.349,13 Dato 2014: 451.817,06	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nella relazione di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pneumologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 167.922,39 Dato 2014: 181.356,18	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013 (cdc CPS): 75.279,19 Dato 2014 (cdc CPS): 81.301,53	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 13.200,11 Dato 2014: 14.256,12	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio o Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Contenimento consumi farmaci File F	Spesa per farmaci file F in misura non superiore all'8% aggiuntivo rispetto al dato di UO relativo all'anno 2013 Dato 2013: 15.576,61 Dato 2014: 16.822,74	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Controllo di una importante voce di spesa nel bilancio aziendale 2) Obiettivo dei Direttori Generali, da Regole 2014	1) Raggiunto per ogni UO se raggiunto a livello aziendale 2) disallineamento proporzionale allo scostamento, per ciascuna UO, qualora l'azienda non raggiunga l'obiettivo	(Spesa file F 2014 / spesa file F 2013) < 1,08 o < ad altre % che pervenissero come aggiornamenti da indicazioni regionali	Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio Mensile da report del certificatore	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Correttezza della codifica delle prestazioni	Ridurre il valore delle contestazioni NOC-Ricoveri e ambulatoriale. PER IL COMPARTO L'OBIETTIVO SI RIFERISCE SOLO ALLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA DEI DATI ASSISTENZIALI	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi) Standard: <2%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. identificazione paziente	1. Identificazione paziente: % identificazione corretta sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 3 identificativi: nome e cognome e data nascita e bare code (St. = > 95%) Invio report al sitra delle tipologie di anomalie rilevate (st 100%)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche al "giusto paziente."	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95%	1. Identificazione paziente: N. identificazioni corrette: cognome e nome, data nascita, bare code / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice Report (al sitra) tipologie di anomalie rilevate.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Centro Oncologico	Garantire alcune determinanti della qualità assistenziale: 1. <u>identificazione paziente</u> (solo comparto) 2. <u>gestione del dolore</u> (dirigenza e comparto)	1. <u>Identificazione paziente</u> : % identificazione attiva, sulle rilevazioni effettuate nel giorno indice; con 2 identificativi: nome e cognome e data nascita (St. => 95%) e % presenza braccialetto identificativo (St. => 95%) 2. <u>Gestione dolore</u> : % di trattamento e % di rivalutazione del paziente con dolore => a 4 della scala di VAS (St. 90%) sul 10% dei dimessi.	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. Identificazione paziente: Garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche al "giusto paziente." 2. Gestione dolore: garantire corretta gestione del sintomo dolore. Con trattamento farmacologico adeguato e puntuale rivalutazione dopo trattamento.	Verificare l'applicazione della procedura aziendale di: 1. Identificazione paziente: Standard 95% 2. Gestione dolore Standard 90%	1. Identificazione paziente: a) N. identificazione con nome e cognome e data nascita / N. di rilevazioni effettuate nel giorno indice. B) N. pazienti con braccialetto bianco identificativo / N. rilevazioni effettuate nel giorno indice 2. Gestione dolore: a) N. pazienti trattati/N. pazienti con Vas => a 4; b) N. Pazienti , con vas => a 4, rivalutati/ n. pz. trattati.	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Garantire tempi di attesa entro lo standard	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema;	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	17 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard - tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema; Standard: >90%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Gestione flessibile delle risorse	1. Elaborazione progetto "INTEGRAZIONE DI ATTIVITA' CON D HOSPITAL ONCOLOGICO"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1. <u>Garantire</u> l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività erogati	1 e 2 <u>Acquisire</u> informazioni utili per gestire le risorse rispetto alla tipologia e volumi di attività. Standard 100%	1. a) <u>Presenza del piano di attività integrato</u> (non oltre fine Luglio 2014) con identificazione degli indicatori di monitoraggio; b) <u>Avvio della sperimentazione</u> (SETTEMBRE 2014)	SITRA	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - Terzo e quarto trimestre	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Incremento del numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani	Numero di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani rilevati nell'anno 2014 > 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Ridurre le infezioni correlate all'assistenza 2) Garantire la gestione in sicurezza dei pazienti per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	Aumento della % di operatori che applicano la procedura del lavaggio mani del 5% rispetto al dato precedente.	S.I.T.R.A.	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Non presente	Introdotta ex novo
Medicina Generale	Mantenimento dati di attività anno 2013	Degenza Media: mantenimento valori anno 2013 (applicarsi a Medicina Crema e subacute Soncino)	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Favorire un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione	Dato 2014 a fine anno superiore al valore ottenuto per l'anno 2013	Giornate di degenza 2014/n. dimessi 2014 < dato corrispondente anno 2013	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Mantenimento dati di attività anno 2013	Degenza Media: mantenimento valori anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Favorire un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione	Dato 2014 a fine anno superiore al valore ottenuto per l'anno 2013	Giornate di degenza 2014/n. dimessi 2014 < dato corrispondente anno 2013	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Mantenimento e/o certificazione ISO 9001:2008	N° di Non Conformità / N° di UO Certificate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere la certificazione ISO 9001:2008 con notifica di non più di 1 NC per UO Certificata	Verbale di audit del CERMET	N° UO / N° Non Conformità notificate	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Obiettivi di interesse regionale	Espletamento di eventuali obiettivi di interesse regionale di futura declinazione	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anatomia Patologica	Obiettivi emersi in sede di contrattazione di budget	1) Elaborazione del percorso volto alla identificazione preventiva dei casi di estemporanea dalle sale operatorie 2) Collaborazione con Direzione Medica e SIA al processo di informatizzazione delle richieste di prestazioni per interni	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Presenza di protocollo sottoscritto con Direzione Medica e UU.OO. Chirurgiche	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Anatomia Patologica	Prestazioni di screening	Erogazione delle prestazioni di screening richieste dal 100% dell'utenza che si reca presso l'A.O.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Raggiungere il 95% degli standard autovalutazione Regionale	% Raggiungimento STD SML (Per il 1° trimestre presenza di pianificazione; per restanti trimestri % di raggiungimento azioni pianificate)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	1) Rendere disponibili le informazioni superando le barriere linguistiche 2) completare la modalità di gestione dei controlli qualità	% raggiungimento degli std SMEL ≥ 98%	N° STD raggiunti/N° STD da raggiungere	Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Generale	Ridurre i rientri in S O	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%-	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%- Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Ridurre i rientri in S O	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%-	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%- Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Ridurre i rientri in S O	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%-	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%- Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch. Generale	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Ridurre la mortalità	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % - Standard: >=classe 2	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cardiologia	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Ridurre le dimissioni volontarie	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Ridurre ricoveri ripetuti	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Oncologia Medica	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza Standard: >=classe 3	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Riduzione dei re-ricoveri	Riduzione dei re-ricoveri rispetto al dato dell'anno 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	vedi scheda indicatore regionale	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-% Standard: riduzione 50% rispetto al 2013	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR
Centro Oncologico	Rilascio documentazione sanitaria (firmata digitalmente)	1) Referti pubblicati 2) Prescrizioni informatizzate 3) Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Semplificazione percorsi al cittadino	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Standard obiettivo, secondo quanto di propria competenza: - Verbali PS: 95% - Lettere di dimissione: 95% - Referti ambulatoriali: 80% - Referti Laboratorio: 95% - Referti radiologia: 90% - Prescrizioni: 75%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	nessuna variazione	Spostato da area budget ad area RAR

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anatomia Patologica	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Sistema delle reperibilità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based (previo svolgimento delle attività preliminari di predisposizione da parte degli uffici SIA e SITRA)	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Garantire attività con continuità	L'U.O. sarà valutata in base al proprio apporto. Sarà facoltà del certificatore ritenere l'obiettivo raggiunto in presenza di una situazione aziendale in linea con le aspettative	Percento di turni mensili predisposti Standard: 95%	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Gastroenterologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la prevenzione delle cadute	N° cadute 2014 ≤ N° cadute 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Fornire informazioni utili alle UU.OO.al fine di gestire le azioni di miglioramento per la prevenzione delle cadute e mantenere alta l'attenzione su un determinante della qualità assistenziale.	Confronto tra N° cadute di UU.OO. e aziendale 2014 verso 2013 con risultato = o <		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Acquisti attraverso gare aggregate	L'obiettivo per l'esercizio 2014 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2013. La misurazione verrà effettuata sul perimetro della programmazione aggregata e l'obiettivo risulterà in ogni caso raggiunto se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/agggregati pari ad almeno il 50%.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Adesione alla campagna Aziendale di EducAzione Sanitaria rivolta alla popolazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni delle rubriche "Qui l'Ospedale" e "EducAzione Sanitaria" all'interno del quotidiano "Il Torrazzo"	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Favorire la diffusione di informazioni di carattere medico-sanitario attraverso la stampa ed altri mezzi di comunicazione	Redazione di almeno 1 contributo annuale per le inserzioni da parte di ciascuna Unità Operativa		Comunicazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Anestesia e Rianimazione	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Nefrologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pneumologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Delle Dipendenze	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Aumento della consultazione di UpToDate	Aumentare il numero di operatori, sia dirigenti che dell'area del comparto sanitario, che accedono e consultano UpToDate	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'Azienda ha reso disponibile questa risorsa che costituisce un importante strumento di consultazione per avree riferimenti scientifici su quesiti clinici e assistenziali. Rispetto ai dati forniti che sono comunque discreti, ci sono ampi spazi di miglioramento, soprattutto per l'area del comparto	1) aumento degli accessi complessivo annuo almeno del 5% rispetto al 2013 2) evidenza di una riunione di UO in cui è stato posto come tema un aggiornamento sulle modalità di accesso ad UpToDate		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Completezza del quadro tecnico economico	1) rispetto rigoroso dei tempi di realizzazione nonché delle voci che costituiscono il Quadro Tecnico Economico in particolare per quanto attiene alla garanzia della necessaria copertura economica per arredi, attrezzature ed apparecchiature tecnologiche; 2) l'eventuale differente allocazione di risorse rispetto al Quadro Tecnico Economico di progetto che comporti la diminuzione di tali voci a favore di quelle relative ad opere e/o spese tecniche è rinviata alla responsabilità del Direttore Generale e le ulteriori risorse che si rendessero necessarie sono a totale carico dell'Azienda; 3) all'interno del Quadro Tecnico Economico di ciascun progetto deve essere prevista una percentuale idonea per arredi, attrezzature e apparecchiature tecnologiche affinché non sia pregiudicata la funzionalità dell'intervento. Qualora tale previsione non sia soddisfatta eventuali istanze di finanziamento non potranno essere prese in considerazione.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivo di interesse regionale per l'anno 2014	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato, nel rispetto di quanto specificato nella delibera/comunicazione di riferimento	Autocertificazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Divo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Divo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Divo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Divo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Divo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Centro Oncologico	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Formazione	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Gastroenterologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del PEE in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto dalle RAR in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Qualità	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Radiologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del PEE in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto dalle RAR in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Segreteria Direzione Generale	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Sicurezza	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
SIMT	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%		Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Conoscere e saper applicare il Piano di Emergenza-Evacuazione Aziendale	Effettuare la prova di applicazione del Piano di Emergenza-Evacuazione in tutte le UO	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Come per i precedenti anni, previsto in ambito di gestione della sicurezza ai sensi del Dlvo 81/08 e riduzione dei rischi.	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Per ciascuna U.O N° operatori partecipanti/N° operatori U.O. >90%	Risk Management area Sicurezza	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 5 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo		Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 5 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo		Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 5 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo		Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 5 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo		Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 5 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo		Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Farmacovigilanza	Far pervenire alla farmacia almeno 5 segnalazioni per reazioni avverse a farmaci	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere un livello aziendale adeguato di segnalazioni per farmacovigilanza	N. segnalazioni 2014 ≥ valore obiettivo		Farmacia	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cardiologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Garantire la gestione del dolore con utilizzo di farmaci appropriati	% consumo oppioidi anno 2014 verso anno 2013	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Mantenere il controllo del consumo di oppioidi nelle singole UU.OO., dato importante per la gestione appropriata del dolore.	% consumo oppioidi \geq all'anno 2013		Ufficio Qualità	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
AA.GG.LL.	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Comunicazione	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo di Gestione	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cure Palliative	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Farmacia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Formazione	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medico Competente	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Mina	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pediatria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Qualità	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ragioneria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Segreteria Direzione Generale	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Sicurezza	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SITRA	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Tecnico Patrimoniale	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa		Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
URP	Gestione delle ferie del personale	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Organizzare le risorse di personale a disposizione in maniera oculata durante l'anno per fare in modo che tutti i dipendenti espletino le ferie di competenza dell'anno in corso entro il 31/12	Espletamento delle ferie di competenza dell'anno 2014 entro il 31/12/2014, a livello di singola unità operativa	Giorni di ferie di competenza 2014 goduti al 31/12 / totale giorni di ferie di competenza 2014	Personale	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: Peso medio DRG \geq 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: Peso medio DRG \geq 2013	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Oncologia Medica	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Psichiatria	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Neuromotoria	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n.		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: Valore medio prestazioni ambulatoriali per esterni	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Mantenere i livelli di produttività in linea con quanto erogato nell'anno 2013 2) Tenere sotto controllo alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi	Valore prestazioni ambulatoriali erogate / n. prestazioni erogate	Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Mantenimento dati di attività 2013	Confronto con i dati relativi all'anno 2013 dei seguenti indicatori: 1) Peso medio DRG \geq 2013 2) Degenza media	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	1) Obiettivo di mandato dei Direttori Generali 2) Controllo di alcuni indicatori tradizionali relativi alla produttività di reparto	1) Somma peso DRG / n. ricoveri 2014 \geq Somma peso DRG / n. ricoveri 2013 2) n. giornate di degenza / n. pazienti dimessi		Controllo di Gestione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Occlusistica	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Cardiologica	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Obiettivi da contratto con ASL (2)	1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento. 2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Obiettivi da contratto con ASL (2)	<p>1) Obbligo da parte degli specialisti, a seguito della richiesta di una consulenza, di provvedere all'utilizzo del ricettario del SSN per prescrivere gli accertamenti che ritiene opportuni al completamento dell'iter diagnostico, senza rinviare l'assistito al Medico o Pediatra di famiglia per la sola trascrizione. L'applicazione di tale condotta è valutata tramite le eventuali segnalazioni di mancata applicazione che perverranno all'ASL, secondo modalità/indicatori da condividere al tavolo di coordinamento.</p> <p>2)E' obbligo dei sanitari del Pronto Soccorso, e nel corso di consulenze specialistiche conseguenti, la prescrizione di farmaci non differibili senza indirizzare i pazienti ai Presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinquegiorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilo-ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festiveprefestivi) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es.nutrizione artificiale,monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie,ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinquegiorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilo-ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festiveprefestivi) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es.nutrizione artificiale,monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie,ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch.Generale	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestrì il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestrì il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Neurologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Oncologia Medica	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ostetricia-Ginecologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pediatria	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Cardiologica	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinquegiorni prima nel caso il pazienti necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilo-ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festivieprefestivi) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es.nutrizione artificiale,monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie,ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinquegiorni prima nel caso il pazienti necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilo-ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festivieprefestivi) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure,</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Urologia	Obiettivi da contratto con l'ASL (1)	<p>1) Verificare l'appropriatezza degli esami nel settore muscolo-scheletrico (quota di indagini effettuate nell'ASL di Cremona superiore rispetto alle medie regionali) - per le U.O. di pertinenza</p> <p>2) Verifica dell'equipe medica ed infermieristica della struttura accreditata, in fase di degenza, se sussistono i criteri clinici di dimissibilità al domicilio o se è opportuno un accompagnamento del paziente e della sua famiglia. In tal caso la U.O. di degenza deve programmare la dimissione con un anticipo di almeno 72 ore che diventano cinque giorni prima nel caso il paziente necessiti di nutrizione artificiale e/o ventilazione ossigeno terapia. In tali casi vanno di norma evitate/controllate le dimissioni nelle giornate di venerdì (dopo le ore 15.00), sabato e domenica (festive/prefestive) a meno che non siano concordate con il MMG. Nel caso in cui il paziente debba essere seguito con particolari procedure, (es. nutrizione artificiale, monitoraggio della glicemia, gestione delle stomie, ecc.) è necessario che l'U.O. di degenza informi, educi ed addestri il paziente e i familiari secondo il programma terapeutico.</p>	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Prescrizione protesica	Proseguimento dell'obbligo alla prescrizione specialistica ambulatoriale dei dispositivi protesici, in essere dal 1/04/2012, esclusivamente online tramite canale SISS sul software ASSISTANT-RL regionale. Applicazione delle indicazioni fornite dalla Nota Regionale H1.2013.0007354 del 4/03/2013, in particolare relativamente ai Requisiti Generali e Specifici richiesti per l'iscrizione dei propri specialisti all'Albo Regionale dei Prescrittori.	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oculistica	Prescrizione protesica	Proseguimento dell'obbligo alla prescrizione specialistica ambulatoriale dei dispositivi protesici, in essere dal 1/04/2012, esclusivamente online tramite canale SISS sul software ASSISTANT-RL regionale. Applicazione delle indicazioni fornite dalla Nota Regionale H1.2013.0007354 del 4/03/2013, in particolare relativamente ai Requisiti Generali e Specifici richiesti per l'iscrizione dei propri specialisti all'Albo Regionale dei Prescrittori.	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Prescrizione protesica	Prosecuzione dell'obbligo alla prescrizione specialistica ambulatoriale dei dispositivi protesici, in essere dal 1/04/2012, esclusivamente online tramite canale SISS sul software ASSISTANT-RL regionale.Applicazione delle indicazioni fornite dalla Nota Regionale H1.2013.0007354 del 4/03/2013, in particolare relativamente ai Requisiti Generali e Specifici richiesti per l'iscrizione dei propri specialisti all'Albo Regionale dei Prescrittori .	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Prescrizione protesica	Prosecuzione dell'obbligo alla prescrizione specialistica ambulatoriale dei dispositivi protesici, in essere dal 1/04/2012, esclusivamente online tramite canale SISS sul software ASSISTANT-RL regionale.Applicazione delle indicazioni fornite dalla Nota Regionale H1.2013.0007354 del 4/03/2013, in particolare relativamente ai Requisiti Generali e Specifici richiesti per l'iscrizione dei propri specialisti all'Albo Regionale dei Prescrittori .	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Prescrizione protesica	Prosecuzione dell'obbligo alla prescrizione specialistica ambulatoriale dei dispositivi protesici, in essere dal 1/04/2012, esclusivamente online tramite canale SISS sul software ASSISTANT-RL regionale.Applicazione delle indicazioni fornite dalla Nota Regionale H1.2013.0007354 del 4/03/2013, in particolare relativamente ai Requisiti Generali e Specifici richiesti per l'iscrizione dei propri specialisti all'Albo Regionale dei Prescrittori .	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Prescrizione protesica	Prosecuzione dell'obbligo alla prescrizione specialistica ambulatoriale dei dispositivi protesici, in essere dal 1/04/2012, esclusivamente online tramite canale SISS sul software ASSISTANT-RL regionale.Applicazione delle indicazioni fornite dalla Nota Regionale H1.2013.0007354 del 4/03/2013, in particolare relativamente ai Requisiti	Obiettivo da contratto con l'ASL	Obiettivo da contratto con l'ASL	Verificare, a livello di U.O., l'effettiva applicazione delle raccomandazioni emanate dall'ASL negli obiettivi di miglioramento assegnati alle aziende ospedaliere		Direzione Medica di Presidio	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Centro Oncologico	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ch. Vascolare	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Medicina Generale	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
NPI	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Oculistica	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ortopedia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pediatria	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Psichiatria	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Delle Dipendenze	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Rilevazione della Customer Satisfaction	1) Esiti customer satisfaction 2014 ≥ Esiti customer satisfaction 2013 2) Incrementare il numero dei questionari raccolti.	Obiettivi declinati da indicazioni Nazionali o Regionali (Delibere, Regole di Sistema per l'anno 2014, Obiettivi di mandato dei Direttori Generali, ecc)	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014	1) valori media ponderata anno 2014 valori media ponderata anno 2013 2) n° complessivo questionari 2014 ≥ n° complessivo questionari 2013		URP	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio - in occasione delle 2 rilevazioni annuali	Nessuna variazione	Nessuna variazione
AA.GG.LL.	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Acquisti di Beni e Servizi	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Controllo Atti e Servizi Appaltati	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Direzione Amministrativa di Presidio	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Personale	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ragioneria	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIA	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Tecnico Patrimoniale	Scelta del nuovo gestionale amministrativo	Programmazione del percorso per la scelta e la dotazione aziendale del nuovo software gestionale amministrativo Obiettivo da raggiungersi entro la fine dell'anno 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	Obiettivo di interesse aziendale per l'anno 2014	Evidenza di una scelta definitiva aziendale e del percorso di attività propedeutiche alla dotazione del software scelto	Completo adempimento dell'obiettivo assegnato	Direttore Dipartimento Amministrativo	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anatomia Patologica	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Anestesia e Rianimazione	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Cardiologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Centro Oncologico	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch. Vascolare	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ch.Generale	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Cure Palliative	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Gastroenterologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Laboratorio Analisi	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Medicina Generale	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Nefrologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Neurologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
NPI	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Occlusistica	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Oncologia Medica	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Ortopedia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Ostetricia-Ginecologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Otorinolaringoiatria	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Pediatria	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pneumologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Pronto Soccorso	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

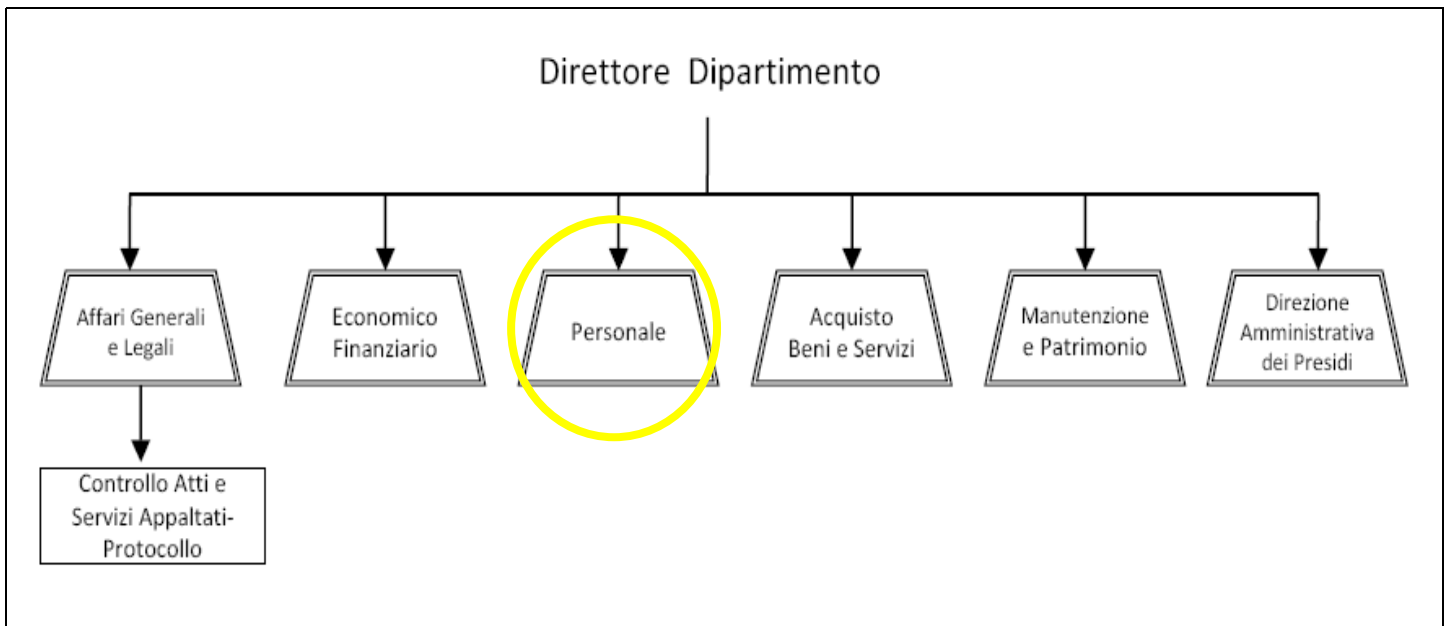
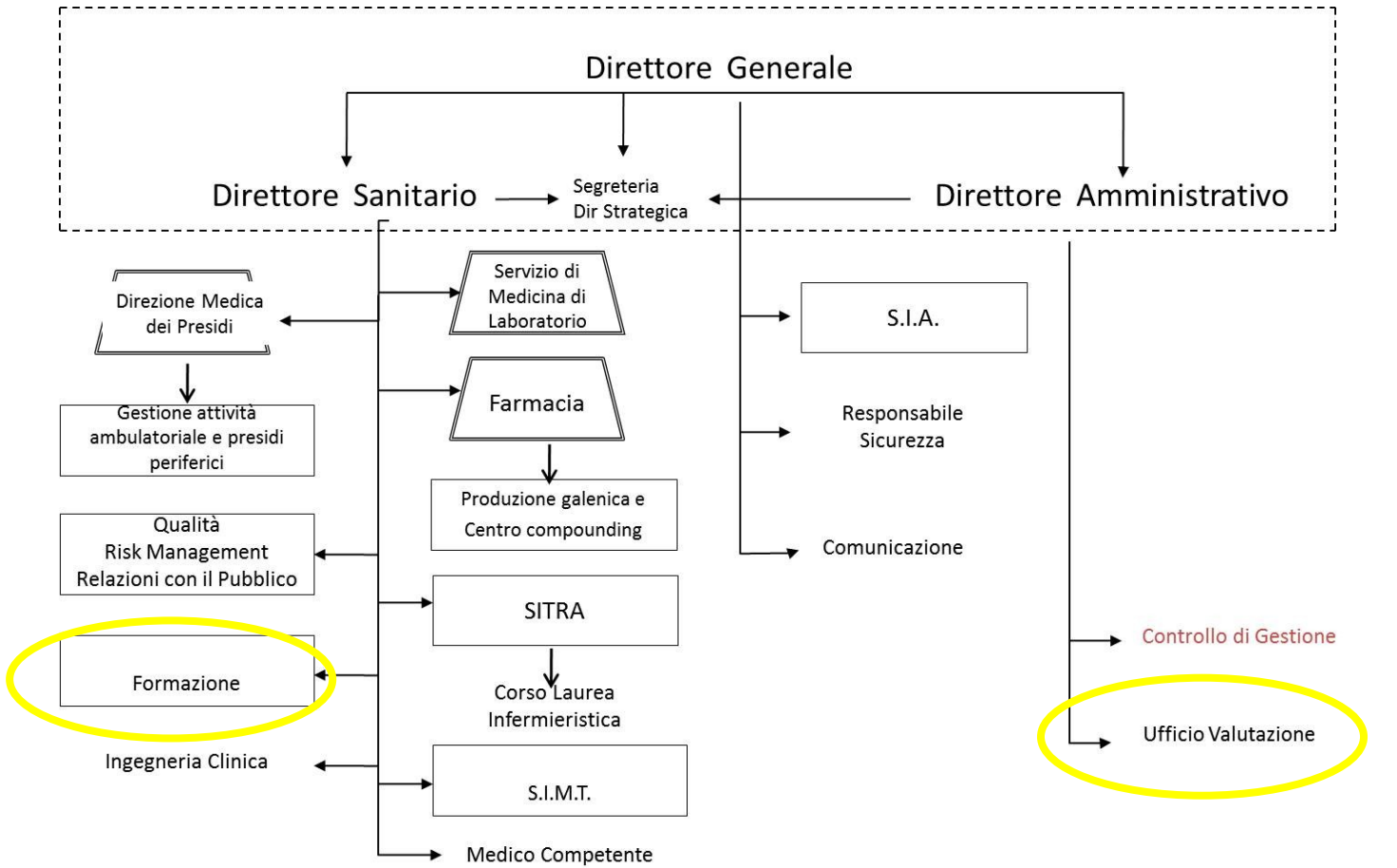
UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Psichiatria	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Radiologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Cardiologica	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Delle Dipendenze	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Neuromotoria	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Riab. Respiratoria	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Riab. Respiratoria	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione	Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
SIMT	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Supporto DEA	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

UO	OBIETTIVO	INDICATORE	Funzione proponente	Razionale	Criterio di valutazione	Formula di calcolo dell'indicatore	Certificatore Ob.vo	Monitoraggio Ob.vo	I Monitoraggio	II Monitoraggio
Urologia	Valutazione della formazione a livello di Dipartimento e di UO	Fare una verifica sui risultati raggiunti con gli interventi formativi proposti da UO e Dipartimenti nel Piano formativo 2014	Obiettivo declinato a livello aziendale dal Comitato degli STAFF	L'investimento sulla formazione e l'aggiornamento del personale è un'area di particolare attenzione da parte della Direzione per i costi che genera, in particolare riguardo alle ore utilizzate. Diventa particolarmente significativo verificare i risultati attesi da questo investimento per dare valore all'investimento fatto sulla leva formativa	Report di almeno 1 incontro di UO / Comitato di Dipartimento in cui si evidenzia che sono stati presi in considerazione i risultati della formazione		Formazione	Trimestrale nei prospetti di monitoraggio	Nessuna variazione	Nessuna variazione

Processo: GESTIONE DEL PERSONALE



Descrizione dell'Attività

Il processo di Gestione del Personale ha come principale obiettivo **l'orientamento dei comportamenti dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera** verso il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Il processo di Gestione del Personale si occupa di attrarre e selezionare le risorse necessarie, di gestire/monitorare la presenza e l'operatività dei dipendenti, di garantire l'efficacia delle attività di formazione, di sviluppare competenze, di pianificare percorsi di carriera e di incentivazione che valorizzino il capitale umano interno all'**Azienda Ospedaliera**.

Sono stati individuati e descritti i seguenti sotto-processi:



- 1.1. **Selezione e Assunzione:** il sotto-processo è strutturato in due macro-attività : a) attività di Selezione per Concorso Pubblico; b) attività di Conferimento di incarichi a soggetti terzi
- 1.2. **Gestione del Personale:** il sotto-processo è strutturato in due macro-attività : a) attività di gestione e controllo delle Presenze/Assenze dei dipendenti dell'Azienda ospedaliera; b) attività di gestione del trattamento economico del personale dipendente, attività regolata dalle clausole contrattuali e dalle norme legislative e regolamentari vigenti e gestita, nel rispetto di regole operative proprie del Settore Economico dell'UO Personale, attraverso uno specifico applicativo informatico costituente un modulo della procedura complessiva di gestione integrata del personale
- 1.3. **Valutazione del Personale:** il sotto-processo è strutturato nelle attività di valutazione annuale del dipendente, comprese le attività di predisposizione, stampa e invio delle schede di valutazione ai dipendenti e di controllo e imputazione dei dati di valutazione nel sistema informatico, della loro elaborazione e creazione di specifici report;
- 1.4. **Formazione Personale:** il sotto-processo è strutturato nelle attività di Pianificazione della formazione, di Analisi dei bisogni formativi fra cui si evidenziano gli obiettivi di definizione delle priorità, dei progetti e del finanziamento del Piano Formativo, di Attuazione della formazione e di Valutazione della Formazione.
- 1.5. **Incentivazione Personale:** il sotto-processo ha l'obiettivo di dotare l'azienda di una metodologia di valutazione delle prestazioni, di impostare un sistema di valutazione permanente delle prestazioni, di dotare l'azienda di strumenti che la agevolino nel sistematico processo di valutazione delle prestazioni dei propri dipendenti e di formare il personale preposto ai processi di valutazione permanente, alla valutazione come elemento di gestione delle risorse umane.

DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA

STRUTTURA COMPLESSA: PERSONALE

Direttore di Dipartimento Dr. Guido Avaldi	
L'U.O. Personale concorre alla definizione delle politiche di gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission aziendale; inoltre fornisce supporto alla "line" per la gestione e organizzazione del personale.	
IL Direttore ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO. Poteri del Direttore Generali trasferiti con delega: Deliberazione 587/2005, Deliberazione 966/2003 e Deliberazione 348/12 P.O.A	
S.C. PERSONALE	
Competenze manageriali – Attività caratteristiche	
L'U.O. Personale concorre alla definizione delle politiche di gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission aziendale; inoltre fornisce supporto alla "line" per la gestione e organizzazione del personale.	
A tal fine l'Unità Operativa assicura:	
<ul style="list-style-type: none">○ la collaborazione alla Direzione Strategica nella stesura degli atti di organizzazione aziendale, nella pianificazione e definizione del fabbisogno di personale, nella definizione delle politiche di reclutamento, di sviluppo professionale e di organizzazione del personale, nella elaborazione e impostazione dei sistemi premianti e del sistema di valutazione ;○ la predisposizione del bilancio preventivo per la parte dei costi del personale e ne garantisce il monitoraggio in corso d'anno;○ la gestione delle procedure per l'acquisizione di risorse umane (sia mediante procedure concorsuali che mediante forme alternative –consulenze/collaborazioni);○ la gestione giuridica, economica e previdenziale del rapporto di lavoro;○ la gestione delle politiche incentivanti e di sviluppo professionale sulla scorta dei processi di valutazione aziendale;○ assicura la gestione delle relazioni sindacali;○ assicura l'assolvimento di tutti i debiti informativi relativi al personale (in particolare : FLU.PER. , Conto Annuale , Monitoraggio trimestrale).	
L'U.O. costituisce punto di adesione al CRS-SISS in quanto gestisce il processo di rilascio delle carte SISS "operatore".	
Grado di Autonomia Gestionale	
Numero dirigenti dedicati: 1	
Numero addetti del comparto dedicati: 13 - 20	
Responsabilità	
La struttura negozia il budget aziendale ed ha responsabilità sia di risultato che di spesa.	
Il budget annuo assegnato si attesta indicativamente ad € 1.700.000,00 per il personale non dipendente e a € 68.000.000,00 per il personale dipendente.	

A) SELEZIONE PER CONCORSO PUBBLICO

Le procedure di reclutamento del personale dipendente dirigente e non dirigente a tempo indeterminato, fatte salve le assunzioni mediante procedure di mobilità ai sensi degli artt. 29 e ss del D.L.vo n.165/2001 o mediante avviamento degli iscritti nelle liste di collocamento ex art. 35, c^1, lett. del D.L.vo n.165/2001, avviene attraverso procedure concorsuali disciplinate da atti regolamentari adottati con decreti del Presidente della Repubblica e precisamente :

-“Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale”, D.P.R. n. 220 del 27 Marzo 2001.

-“Regolamento recante la disciplina concorsuale del personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale”, D.P.R. n. 483 del 10 dicembre 1997.

-“Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l’accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”, D.P.R. n. 484 del 10 Dicembre 1997.

Di recente emanazione DGR n X/553 del 2 agosto 2013 “ approvazione delle linee di indirizzo regionale recante i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa a dirigenti sanitari”

L’avvio di una procedura concorsuale costituisce una scelta frutto di una precedente attività di pianificazione e programmazione che consta dei seguenti momenti:

- definizione del Piano triennale dei fabbisogni di personale ;
- aggiornamento annuale del fabbisogno di personale , anche a seguito del processo di interno di negoziazione di budget , e definizione del Piano Assunzioni annuale secondo le regole definite da Regione Lombardia ;
- approvazione da parte di Regione Lombardia del Piano Assunzioni annuale che definisce il numero di assunzioni autorizzate.

Nell’ambito della autorizzazione regionale la Direzione Generale individua i profili professionali per i quali attivare le relative procedure concorsuali .

La procedura concorsuale si sviluppa seguendo le seguenti fasi:

- Indizione della procedura
- Pubblicazione del bando di concorso
- Ricezione delle domande dei candidati
- Definizione della Commissione
- Provvedimento di ammissione dei candidati e nomina della commissione giudicatrice

- Svolgimento del concorso
- Provvedimento finale di recepimento e approvazione degli atti del concorso e di conferimento dei posti da coprire
- Comunicazione esito concorso e operazioni finali

1) Indizione della procedura

L'indizione della procedura avviene attraverso specifico provvedimento del Direttore Generale con il quale si esprime la volontà di procedere alla copertura di un certo numero di posti relativi ad uno o più profili professionali e si dà mandato all'UO Personale di procedere alla pubblicazione dei relativi bandi di concorso. Negli ultimi anni l'indizione delle procedure concorsuali avviene con il provvedimento di presa d'atto della deliberazione regionale di approvazione del Piano Assunzione annuale.

2) Pubblicazione del bando di concorso

Il bando di concorso, predisposto dall'UO Personale, viene pubblicato necessariamente su BURL e GURI.

Una volta avvenuta la pubblicazione sulla GURI, da cui decorrono i termini (di norma 30 gg) per la presentazione delle domande di partecipazione, si procede alla pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda e all'invio ai destinatari interni ed esterni (tabelle e mailing list agli atti presso l'UO Personale- Settore Assunzioni).

Agli atti, nel relativo fascicolo della procedura, viene tenuta documentazione che dà evidenza di tutte le pubblicazioni effettuate.

3) Ricezione delle domande dei candidati

Dal momento della pubblicazione sulla GURI decorrono i termini per la presentazione delle domande da parte dei candidati.

Le domande pervenute via posta, posta elettronica certificata o consegnate a mano vengono protocollate mediante l'apposita procedura informatica.

La protocollazione viene fatta sia dall'Ufficio Protocollo sia dall'UO Personale-Settore Assunzioni, quest'ultimo limitatamente alle domande consegnate a mano presso lo stesso ufficio secondo le modalità indicate nel bando di concorso.

E' in corso di valutazione l'attivazione di una casella di posta elettronica certificata da assegnare all'UO Personale finalizzata alla diretta ricezione da parte dell'ufficio delle domande di partecipazione alle procedure.

4) Definizione della Commissione

Contestualmente l'UO Personale attiva le procedure per pervenire all'individuazione dei componenti della Commissione Giudicatrice a seconda della tipologia di procedura concorsuale:

- sorteggio a cura della commissione e richiesta di designazione agli uffici regionali competenti (per i profili professionali previsti dal DPR 483/1997)

- designazione da parte della Direzione Generale e del Collegio di Direzione (DPR 220/2001; DPR 484/1997)
- sorteggio a cura della commissione da elenchi nazionali per le procedure di conferimento di incarichi di DSC.

5) Provvedimento di ammissione dei candidati e nomina della commissione giudicatrice

Alla scadenza del termine per la presentazione delle domande di partecipazione l'UO Personale procede all'esame delle domande al fine di verificare la sussistenza dei requisiti richiesti e della documentazione prescritta. Tale attività si traduce nella predisposizione di una proposta di provvedimento deliberativo adottato dal Direttore Generale di

- ammissione dei candidati in possesso dei requisiti prescritti nel bando;
- non ammissione dei candidati non in possesso dei requisiti prescritti nel bando;
- di nomina dei componenti della commissione giudicatrice.

Ai candidati non ammessi viene comunicato con lettera RR l'esclusione dalla procedura concorsuale.

6) Svolgimento del concorso

Adottato il provvedimento di nomina della Commissione e di ammissione dei candidati si attivano le operazioni per l'espletamento delle prove concorsuali:

- fissazione della data di svolgimento delle prove;
- supporto al segretario nella individuazione della sede in cui espletare il concorso;
- invio delle lettere di convocazione sia ai componenti della Commissione sia ai candidati, con relativa archiviazione nel fascicolo della procedura della documentazione attestante l'invio e la ricezione delle suddette comunicazioni;
- inserimento/registrazione nella procedura informatica di gestione delle procedure concorsuali dei titoli presentati dai candidati ammessi;
- supporto al segretario di quanto necessario per lo svolgimento del concorso.

La determinazione dei criteri di valutazione dei titoli, l'effettuazione della valutazione dei titoli stessi, la definizione delle prove e la relativa conseguente valutazione sono di esclusiva compe-

tenza della Commissione Giudicatrice al cui segretario compete la stesura del verbale della procedura con la redazione della relativa graduatoria di merito .

7) Provvedimento finale di recepimento e approvazione degli atti del concorso e di conferimento dei posti da coprire

Svolto il concorso, l'UO Personale riceve dalla Commissione il relativo verbale e predispone il provvedimento deliberativo di recepimento e approvazione della graduatoria e di conferimento dei posti da conferire, provvedimento adottato dal Direttore Generale.

8) Comunicazione esito concorso e operazioni finali

A seguito dell'adozione del provvedimento di recepimento e approvazione della graduatoria e di conferimento dei posti da conferire, l'UO Personale procede:

- alla comunicazione dell'esito del concorso ai candidati;
- alla sottoscrizione dei contratti individuali di lavoro con i candidati a cui sono conferiti i posti messi a concorso;
- alla pubblicazione della graduatoria definitiva sul BURL;
- alla predisposizione del provvedimento di liquidazione dei compensi spettanti ai componenti della Commissione giudicatrice;
- all'archiviazione della pratica

B) CONFERIMENTO DI INCARICHI A SOGGETTI TERZI

Il ricorso al conferimento di incarichi a soggetti terzi può aver luogo qualora ricorra una delle seguenti situazioni:

- nel caso sia richiesto un determinato profilo professionale non presente in organico (a tale situazione sono riconducibili anche l'affidamento di incarichi di patrocinio legale, altri incarichi riservati a professionisti non presenti in azienda – personale sanitario in qualità di esperto qualificato – etc.) ;
- per rispondere a esigenze o fabbisogni legate anche a situazioni di urgenza o a carenze d'organico non fronteggiabili altrimenti.

La richiesta di attivazione della procedura per il conferimento dell'incarico deve essere inoltrata al settore preposto dal responsabile di struttura, una volta acquisito il parere del Direttore di Dipartimento.

La procedura per il conferimento consta delle seguenti fasi:

- pubblicazione sul sito internet aziendale dell' avviso relativo alla figura professionale ricercata;
- valutazione, anche a mezzo di colloqui, dei curricula pervenuti da parte del responsabile del servizio richiedente l'incarico e stesura di un verbale;
- adozione del provvedimento di incarico e stipula del contratto nei confronti del candidato motivatamente prescelto dal responsabile.

La pubblicazione può essere evitata se: siano presenti curricula presentati a seguito di precedente avviso, o se l'incarico si configuri come prosecuzione di un'attività già espletata.

Si sottraggono a procedure di pubblicazione e comparazione incarichi fondati su un rapporto fiduciario (es incarichi di patrocinio legale)

Il conferimento dell'incarico determina la sottoscrizione di un contratto di lavoro autonomo secondo le tipologie consentite dalla normativa vigente.

Il contratto deve fissare preventivamente il budget economico messo a disposizione e le modalità di erogazione al professionista incaricato .

Riferimenti:

- Regolamento per il conferimento di incarichi a soggetti terzi (deliberazione n. 551/2006)
- i CC.CC.NN.LL. relativi al personale del comparto e personale dirigenziale del S.S.N.;
- “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche”, D.L.vo n. 165 del 30 Marzo 2001;
- normativa generale in materia di diritto del lavoro.

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1: Direttore Personale¹

**FUNZIONE 2: Coordinatore Amministrativo di U.O. con Posizione Organizzativa -
Area Giuridica²**

FUNZIONE 3: Collab. Amm/vo cat. D/Ds – GESTIONE DEL PERSONALE³

FUNZIONE 4: Operatore Amministrativo⁴

FUNZIONE 5: Responsabili di UU.OO. di tutti i Dipartimenti⁵

FUNZIONE 6: Commissione Valutazione - Prevista da regolamento o DPR⁶

¹ Concorre alla definizione delle politiche di acquisizione delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission aziendale; inoltre fornisce supporto alla "line" per la gestione e organizzazione delle relative procedure.

²Definisce con il Dirigente Responsabile gli obiettivi ed il piano delle attività, promuove e garantisce la realizzazione Collaborare con il Responsabile di Struttura a tradurre a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatori e strategici aziendali;Coordinare l'attività del gruppo mediante l'utilizzo di protocolli e procedure;Promuovere e partecipare alla stesura di piani di lavoro;

³Gestisce la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) con l'utilizzo di attrezzature (PC, telefono, fax...), SW applicativi, sistema posta e/o comunicazioni.. Analizza leggi e normativa valutando i relativi utilizzi e curando la diffusione ai reparti/servizi interessati. Interpreta la normativa, le informazioni provenienti da fonti diverse e le traduce in indicazioni corrette. Redige provvedimenti (delibere, lettere, verbali, convenzioni) ed attua gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti. Applica le procedure previste che sa spiegare e motivare al cliente. Trasforma informazione tecniche in rapporti brevi e comprensibili, fa schemi partendo dalle diverse informazioni.

⁴Gestisce la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) con l'utilizzo di attrezzature (PC, telefono, fax...) SW applicativi, sistema posta e/o comunicazioni. Conosce leggi e normative riferite alla propria attività, attua gli adempimenti connessi e conseguenti ai provvedimenti, smista la posta, redige testi utilizzando schemi predefiniti, applica le procedure previste, sa spiegarle e motivarle.

⁵Partecipa all'individuazione dei fabbisogni e definizione e applicazione criteri per la scelta del collaboratore nell'ambito delle procedure di selezione e di conferimenti di incarichi a soggetti terzi

⁶Valutazione dei titoli e delle prove di selezione

A) GESTIONE PRESENZE/ASSENZE

La rilevazione e gestione delle presenze/assenze del personale è regolata dalle clausole contrattuali e dalle norme legislative e regolamentari in materia di diritto del lavoro vigenti e sono gestite, nel rispetto di regole operative proprie del Settore Presenze/Assenze dell'UO Personale, attraverso uno specifico applicativo informatico costituente un modulo della procedura complessiva di gestione integrata del personale .

Le presenze

Le timbrature attestanti le presenze del personale sono acquisite attraverso un sistema di rilevatori (cd. "orologi") distribuiti nelle diverse strutture aziendali, che i dipendenti sono tenuti ad utilizzare passando il badge personale in entrata e in uscita. Timbrature "forzate" (ossia inserite manualmente direttamente all'interno dell'applicativo) possono essere inserite dagli operatori dell'UO Personale a seguito di segnalazioni pervenute loro attraverso la modulistica aziendale e validate dai relativi responsabili . Le timbrature effettuate con i rilevatori sono ineliminabili; le timbrature forzate restano marcate con un asterisco e sono sempre identificabili.

Le assenze

Tutte le assenze sono segnalate dai dipendenti utilizzando la modulistica aziendale (specifici moduli per la segnalazione delle assenze / moduli riepilogativi dei turni di reparto o -per talune causali di assenza- mediante utilizzo del work-flow previsto nel "Portale del Personale").

Le giustificazioni delle assenze giungono all'UO Personale–Settore Presenze/Assenze e gli operatori del settore processano le richieste (inserimento dell'assenza nell'applicativo) secondo le seguenti modalità :

-certificati di malattia : acquisizione dal sito INPS delle certificazione on-line mediante specifico modulo dell'applicativo informatico, previa verifica e controllo delle "anomalie" generate dalla procedura di acquisizione delle informazioni dal sito INPS;

-infortuni : si procede all'inserimento dell'assenza nell'applicativo in base al certificato di infortunio redatto dal medico di P.S. o medico di base e si procede alla apposita segnalazione all'INAIL;

-ferie : previa verifica della presenza del visto autorizzativo del responsabile di servizio; fatto salve le ferie inserite sui moduli turno di reparto;

-interdizioni anticipate : si procede in base al provvedimento adottato da parte della Direzione Provinciale del Lavoro; si formalizza mediante lettera a firma del Direttore quale documentazione utile ai fini previdenziali ;

-astensioni obbligatorie per maternità : si procede in base alla documentazione medica presentata;

-permessi ex art. 21 CCNL e permessi previste da normative specifiche : si procede in base alla richiesta del dipendente, corredata dal parere del responsabile/coordinatore della UO di appartenenza , e alla verifica della documentazione a supporto; si chiude con una disposizione del Direttore dell' UO Personale ;

-congedi parentali : si procede in base alla richiesta del dipendente, corredata dal parere del responsabile/coordinatore della UO di appartenenza, e alla verifica della documentazione a supporto; si chiude con determina del responsabile UO Personale;

-altre aspettative previste dai CCNL /normative specifiche : si procede in base alla richiesta del dipendente, corredata dal parere del responsabile/coordinatore della UO di appartenenza , e alla verifica della documentazione a supporto; si chiude con determina del responsabile UO Personale;

-permessi L.104 : preventiva verifica della sussistenza delle condizioni che danno diritto al dipendente di beneficiare di tali permessi, con riconoscimento del diritto disposto con specifica disposizione dal Responsabile dell' U.O. Personale ; in seguito i permessi sono fruiti secondo l'iter degli altri permessi ;

-permessi di studio : preventiva verifica della sussistenza delle condizioni che danno diritto al dipendente di beneficiare di tali permessi, con riconoscimento del diritto disposto con determina dal Responsabile UO Personale ; in seguito i permessi sono fruiti secondo l'iter degli altri permessi ;

-permessi sindacali : preventiva identificazione delle organizzazioni aventi diritto; presentazione della richiesta di fruizione del permesso da parte dell'organizzazione di appartenenza o dalla RSU.

Il riepilogo delle presenze/assenze di ogni singolo operatore viene espresso sul cartellino mensile che viene inviato (o reso disponibile nel work-flow aziendale) in una prima forma provvisoria al responsabile/coordinatore di U.O. per le eventuali segnalazione di incongruenze , anomalie,etc.: tale cartellino, vistato dal responsabile/coordinatore U.O. viene restituito all'U.O. Personale–Settore Presenze/Assenze che procede alla registrazione delle eventuali variazioni.

Infine viene elaborato il cartellino definitivo che viene reso disponibile a tutti gli operatori sul work-flow aziendale; una copia in formato elettronico viene archiviata dall'UO Personale-Settore Presenze/Assenze.

Le informazioni relative alle presenze/assenze alimentano il data-base gestionale aziendale (ReportMed) e sono a disposizione delle singole unità operative per le necessarie valutazioni organizzative e gestionali.

I controlli

Nell'ambito della materia presenze/assenze sono previsti i seguenti controlli.

A) Presenze

-su richiesta di soggetti autorizzati si effettuano controlli sulla coerenza di presenza timbratura e presenza effettiva in servizio ;

-a campione si effettuano controlli sulla eventuale sovrapposizione fra orario di servizio e attività libero-professionale ;

B) Assenze

In merito alla documentazione presentata dai dipendenti a supporto della fruizione di talune assenze (ad es. : aspettative e permessi per motivi personali, requisiti per fruire dei benefici L.104 ;) laddove la documentazione è costituita da autocertificazioni, l'UO Personale procede ad effettuare verifiche a campione. In merito alle assenze per malattie a campione si procede alla attivazione di visite fiscali di controllo . E' stato steso un documento "Istruzioni operative per attivazione visite fiscali" al fine di adeguare in tale ambito le attività di controllo aziendali alle indicazioni normative succedutesi nel corso degli ultimi anni .

B) GESTIONE TRATTAMENTO ECONOMICO

La gestione del trattamento economico del personale dipendente è regolata dalle clausole contrattuali e dalle norme legislative e regolamentari vigenti e sono gestite, nel rispetto di regole operative proprie del Settore Economico dell'UO Personale, attraverso uno specifico applicativo informatico costituente un modulo della procedura complessiva di gestione integrata del personale .

Il trattamento economico consta di voci fisse e voci variabili .

Voci fisse (sia in relazione al trattamento fondamentale che al trattamento accessorio)

Trattasi di voci ricorrenti , ossia che si ripetono mensilmente , e che fino all'adozione di specifici atti che vi apportano delle modifiche .

In tali voci vi rientrano : stipendio tabellare iniziale (comprensiva di I.I.S.) - retribuzione individuale di anzianità, se acquista - assegni ad personam - progressione economica orizzontale - indennità professionale specifica - indennità di posizione organizzativa - indennità di coordinamento - indennità specificità medica - retribuzione di posizione minima unificata - retribuzione di posizione variabile - indennità di esclusività - indennità di direzione

di struttura complessa – indennità di direzione di dipartimento . Tali voci, definite nei CCNL e CCIA, sono attribuite ad ogni singolo dipendente in relazione all'inquadramento giuridico dello stesso come determinato con specifici provvedimenti/atti aziendali (fonte: provvedimento di assunzione, provvedimenti di modifica dell'inquadramento – ad es. : passaggi di categoria, passaggio di fascia, passaggi a part-time, etc. - provvedimenti di conferimento di incarichi con le relative indennità; provvedimenti di concessione di congedi/aspettative non retribuiti; dimissioni; etc.)

Voci variabili

Sono voci che variano di mensilità in mensilità in relazione all'esecuzione da parte del dipendente di specifiche prestazioni, al verificarsi di determinate condizioni, ai giorni di effettiva presenza in servizio.

Tali voci sono riconducibili ai seguenti raggruppamenti:

- le indennità di disagio o legate a particolari condizioni di lavoro (indennità di turno, indennità notturna, indennità festiva, indennità di reperibilità, indennità per l'assistenza domiciliare, etc.); gli importi di tali voci sono riconosciute con uno slittamento di due mesi (es: le competenze di gennaio sono riconosciute con la busta paga di marzo);
- i compensi per le ore di lavoro straordinario autorizzate; fissazione di un budget per il lavoro straordinario per tutte le UO operative ed i servizi sanitari. Per le UO operative sanitarie di degenza la gestione è governata dalla Direzione SITRA con collaborazione di RAD e coordinatori. La relativa liquidazione è effettuata a chiusura dell'anno (solitamente mensilità di febbraio dell'anno successivo). I compensi per le ore di lavoro straordinario se generati da prestazioni in pronta disponibilità sono riconosciuti con la cadenza del punto 1)
- i compensi legati ai sistemi di incentivazione (retribuzione di risultato – produttività collettiva per il miglioramento della qualità dei servizi -); tali compensi sono erogati di norma annualmente una volta concluse le verifiche del Nucleo di Valutazione e conclusa la procedura di valutazione individuale;
- i compensi legati alle diverse tipologie di prestazioni libero professionali (libera professione individuale- libera professione d'equipe – libera professione aziendale – compensi per attività di consulenza a soggetti terzi – attività di supporto alla libera professione lavoro di esterne -); tali compensi sono di erogati di norma il mese successivo all'incasso da parte dell'Azienda del valore delle prestazioni;
- altri compensi e rimborsi a vario titolo (ad es : rimborsi per danni coperti da polizza kasko; rimborsi per trasferte; compensi per partecipazioni a commissioni concorsi; etc.); tali compensi sono di norma erogati nella mensilità successiva all'adozione del provvedimento di liquidazione.
- applicazione di sanzioni disciplinari : gli effetti economici della sanzione sono inseriti nel rispetto dei riferimenti temporali definiti nell'atto di irrogazione della sanzione stessa.

Mensilmente gli operatori del Settore Economico:

- apportano i necessari aggiornamenti sulle voci fisse in base alle eventuali variazioni definite dai contratti collettivi nazionali di lavoro, dai contratti integrativi aziendali e dall'entrata in vigore di nuove disposizioni normative nonché in base a provvedimenti adottati a livello aziendale;
- caricano attraverso procedure informatizzate i valori delle voci accessorie elaborate dal modulo informatico che gestisce le presenze/assenze;
- caricano i dati relativi ad altri compensi accessori presenze assenze mediante file predisposti dagli uffici competenti o mediante caricamento manuale delle informazioni contenute nei provvedimenti ed atti pervenuti al settore .

Completate le operazioni di aggiornamento delle variazioni che incidono sulle voci fisse e caricati (in parte attraverso procedure automatizzate in parte attraverso operazioni manuali) le voci variabili si procede all'elaborazione dei cedolini mensili. La fase di elaborazione definitiva è preceduta da simulazioni (totali o parziali) che permettono di verificare il buon esito delle variazioni apportate.

L'elaborazione dei cedolini è seguita dalle seguenti fasi:

- storicizzazione degli stipendi mensili
- invio al tesoriere del file per procedere all'accredito degli stipendi
- invio alla società deputata alla stampa e spedizione del cedolino del relativo file contenente tutti i cedolini elaborati ;
- elaborazione della stampa del "cedolone riepilogativo mensile" predisposto per le registrazioni contabili degli stipendi (competenze ed oneri) nella contabilità generale;
- aggiornamento del "budget del personale" che costituisce lo strumento utilizzato per monitorare l'andamento del costo del personale, l'andamento dei fondi contrattuali ed alimentare le rendicontazioni relative al costo del personale contenute nelle certificazioni trimestrali (Modello A)

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1: DIRETTORE PERSONALE⁷

FUNZIONE 2: Coordinatore Amministrativo di U.O. con Posizione Organizzativa - AREA ECONOMICO-PREVIDENZIALE⁸

FUNZIONE 3: Collab. Amm/vo cat. D/Ds – GESTIONE DEL PERSONALE⁹

FUNZIONE 4: OPERATORE AMMINISTRATIVO¹⁰

FUNZIONE 5: RESP SITRA - SITRA Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitati¹¹

FUNZIONE 6: RESPONSABILE E COORDINATORI DI UU.OO.¹²

⁷Concorre alla definizione delle politiche di gestione delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission aziendale; inoltre fornisce supporto alla "line" per la gestione e organizzazione del personale.

⁸Definisce con il Dirigente Responsabile gli obiettivi ed il piano delle attività, promuove e garantisce la realizzazione. Definire con il Responsabile di Struttura gli obiettivi e il piano delle attività, promuovere e garantirne la realizzazione;

Collaborare con il Responsabile di Struttura a tradurre a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatori e strategici aziendali; Promuovere e partecipare alla stesura di piani di lavoro;

⁹Gestisce la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) con l'utilizzo di attrezzature (PC, telefono, fax...), SW applicativi, sistema posta e/o comunicazioni.. Analizza leggi e normativa valutando i relativi utilizzi e curando la diffusione ai reparti/servizi interessati. Interpreta la normativa, le informazioni provenienti da fonti diverse e le traduce in indicazioni corrette. Redige provvedimenti (delibere, lettere, verbali, convenzioni) ed attua gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti. Applica le procedure previste che sa spiegare e motivare al cliente. Trasforma informazione tecniche in rapporti brevi e comprensibili, fa schemi partendo dalle diverse informazioni. Ciascun settore vede la presenza di più¹ figure professionali che con differenti livelli di responsabilità gestiscono le materie di competenza: a) Gestione economica del rapporto di lavoro (attribuzione del trattamento economico con i relativi riflessi previdenziali); attività di rendicontazione (CET, Monitoraggio, Conto annuale, Mod 770); gestione incentivi d) Gestione presenze e assenze a vario titolo.

¹⁰Gestisce la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) con l'utilizzo di attrezzature (PC, telefono, fax...) SW applicativi, sistema posta e/o comunicazioni. Conosce leggi e normative riferite alla propria attività, attua gli adempimenti connessi e conseguenti ai provvedimenti, smista la posta, redige testi utilizzando schemi predefiniti, applica le procedure previste, sa spiegarle e motivarle. Conosce ed applica le procedure di sicurezza del lavoro.

¹¹Indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario riabilitativo di prevenzione e degli operatori di supporto. Nel processo di gestione del personale si occupa della definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto di lavoro. Coordina la pianificazione dei turni di servizio, le assenze ordinarie del personale, le modalità di sostituzione delle assenze programmate, promuovendo l'integrazione tra i dipartimenti e servizi di supporto alla attività sanitaria attraverso la definizione di procedure trasversali aziendali;

garantisce la gestione delle assenze improvvise notturne e festive, garantendo una reperibilità del SITRA di cui fanno parte anche i coordinatori di dipartimento,

controlla l'impiego delle risorse umane, l'andamento dei dati di produzione degli operatori , il maturato mensile, lo straordinario, le ferie , etc.

¹²Svolgono funzioni di organizzazioni , coordinamento e controllo del personale loro assegnato con poteri consultivi e autorizzativi in merito ai diversi istituti normativi e contrattuali .

UFFICIO VALUTAZIONE**DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA**

Responsabile Funzioni svolte provvisoriamente dal Direttore del Personale	
Al fine di garantire la presenza di un processo completo di gestione delle risorse umane nonché al fine di garantire un sostanziale rispetto in Azienda della normativa vigente, è previsto in staff alla Direzione Strategica l'Ufficio Valutazione con il compito di presiedere globalmente i processi valutativi aziendali. L'Azienda si è dotata di una metodologia di valutazione volta a misurare le performance dei propri operatori sia in relazione a comportamenti organizzativi ritenuti rilevanti e significativi, sia in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi predefiniti.	
<p>Il Responsabile dell'ufficio assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il coordinamento e il presidio dell'intero processo di valutazione aziendale del personale, assumendo la responsabilità di manutentore del sistema; • il coordinamento dei Collegi Tecnici, ai quali partecipa come componente fisso; • l'attività di consulenza in tema di valutazione a valutati e valutatori; • l'attività di consulenza nella definizione dei piani di formazione, incentivazione e sviluppo professionale; • la partecipazione ai momenti della vita aziendale volti a definire le politiche di gestione del personale. 	

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'Riferimenti:

CCNL personale dirigente del SSN

CCNL personale del comparto SSN

"Procedura per la valutazione annuale della dirigenza" (Deliberazione n. 321/2002)

Verbale di concertazione aree dirigenziali (medici) sistema di valutazione aziendale – 16 dicembre 2006

Contratto integrativo aziendale del personale area comparto- 9 novembre 2007

Linee guida in materia di "Valutazione della Dirigenza del Servizio Sanitario Regionale" – Dir. Gen Regione Lombardia 15/4/2002

"Acquisizione di personalizzazioni sistema informativo Job Time – Area Risorse Umane – ditta Info-line s.r.l" (Deliberazione n. 516/2007)

Deliberazione n. 408 del 23 Settembre 2010(valutazione delle performance (a) Sistema di valutazione individuale del personale; b) Sistema di budget; c) Sistema incentivante)

Valutazione annuale del personale dipendente

Il processo di valutazione coinvolge tutto il personale dipendente, sia dirigenziale che del comparto, si svolge in modo ciclico a cadenza annuale e quindi le diverse fasi possono essere riassunte nei quattro sottoprocessi elencati di seguito e successivamente descritti in modo analitico. Lo stato di avanzamento del processo è ormai a regime per tutto il personale, dopo una fase di sperimentazione che ha permesso la taratura del sistema.

Il processo è supportato da un modulo specifico dell'applicativo informatico che costituisce lo strumento di gestione integrata del personale .

Il processo di valutazione si articola nelle seguenti fasi:

- Predisposizione, stampa e invio delle schede di valutazione personalizzate
- Espressione della valutazione attraverso la compilazione delle schede
- Controllo e imputazione dei dati di valutazione nel sistema informatico dedicato
- Elaborazione dei dati di valutazione e restituzione di report "ad hoc" alla Direzione Strategica e a tutti i valutatori

Predisposizione, stampa e invio delle schede di valutazione personalizzate

In questa prima fase si procede all'individuazione del personale da sottoporre a valutazione fotografando la situazione al 31 dicembre dell'anno di riferimento e ponendo attenzione alle dinamiche di turn-over verificatesi in corso d'anno.

Di norma viene attivata la procedura di valutazione nei confronti di operatori che abbiano avuto una presenza in servizio di almeno tre mesi.

I dati anagrafici vengono attinti dal modulo di anagrafica della procedura di gestione del personale in cui risiedono le informazioni di carattere anagrafico e giuridico di ciascun dipendente.

Successivamente per ogni dipendente selezionato nell'anagrafica dei valutandi l'Ufficio Valutazione assegna il corretto profilo professionale di valutazione, facendo particolare attenzione a quanti hanno cambiato sede di lavoro nel corso dell'anno, quando i settori di lavoro dovessero essere molto diversi e quindi generare una difficoltà di assegnazione del profilo.

Ad ogni nominativo di norma deve corrispondere un unico profilo, (solo in casi particolari in questa fase può venir attribuito più di un profilo, comunque mai più di due) che permetterà l'individuazione della corretta scheda di valutazione. Infine si procede all'assegnazione del valutatore, che in taluni casi potranno essere anche più di uno per rispettare l'assetto organizza-

tivo dell'U.O. o servizio : in quest'ultimo caso il responsabile dell'ufficio contatta personalmente i valutatori concordando con loro la soluzione più razionale e condivisa, poichè l'obbiettivo è quello di garantire la miglior valutazione possibile.

Vengono quindi create e stampate le schede di valutazione, personalizzate secondo il profilo e il valutatore attribuito ad ogni singolo dipendente.

Inizia la fase di controllo e successiva spedizione delle schede che vengono ordinate per valutatore. La spedizione avviene attraverso la posta interna accompagnata da una lettera di trasmissione dove vengono richiamati gli step da seguire nella fase di espressione della valutazione, invitando i destinatari a informarne i propri collaboratori.

Espressione della valutazione

Segue quindi la fase di espressione della valutazione attraverso la compilazione delle schede.

Questa fase riguarda pertanto l'espressione vera e propria della valutazione attraverso la compilazione della scheda: gli attori sono il valutatore, che in questo momento diventa il responsabile del processo, e il valutato. I passaggi di tale fase, richiamati dalla lettera di accompagnamento alla trasmissione delle schede, sono i seguenti :

-ciascun valutatore riceverà le schede relative ai propri collaboratori soggetti a valutazione: di ciascuna scheda sarà egli stesso responsabile fino alla riconsegna;

-il valutatore consegnerà personalmente ad ogni valutato la propria scheda per la fase di autovalutazione, invitandolo a riconsegnarla, debitamente compilata (ad eccezione dell'item n.1 delle schede relative ai dirigenti dove la colonna appare barrata, trattandosi di un dato oggettivo noto al valutatore);

-riavuta la scheda con l'autovalutazione, il valutatore esprimerà la propria valutazione chiamando a colloquio ciascun valutato per un confronto sul risultato complessivo della valutazione stessa;

-al termine del colloquio, il valutato sarà chiamato ad esprimere il proprio accordo o disaccordo con la valutazione ricevuta, barrando l'apposita casella e firmando la scheda (in caso di disaccordo è obbligatorio aggiungere alcune note esplicative);

-il valutatore, preso atto delle opinioni del proprio collaboratore, apporrà la data del colloquio e la propria firma sulla scheda, aggiungendo, se lo riterrà, le proprie considerazioni (obbligatorie in caso di disaccordo);

-completato il percorso, le schede dovranno essere restituite, a cura del valutatore, all'Ufficio Valutazione.

Controllo e imputazione dei dati di valutazione nel sistema informatico dedicato,

Una volta restituite all'Ufficio Valutazione, le schede vengono controllate una per una per rilevare gli errori formali e la corrispondenza tra quelle inviate e quelle ritornate.

I dati riportati nelle schede di valutazione completate ed eventualmente corrette vengono accuratamente imputati nel apposito modulo informatico, che provvede all'archiviazione elettronica dei risultati della valutazione e al calcolo dei punteggi ottenuti da ciascun dipendente, secondo le modalità previste dal sistema di valutazione aziendale.

Nel data-base vengono anche riportati i commenti, le segnalazioni e l'eventuale disaccordo del valutato.

Elaborazione e restituzione di report alla Direzione Strategica e a tutti i valutatori

L'ufficio valutazione procede all'elaborazione dei dati inseriti nel programma dedicato, cominciando dall'estrazione dei risultati numerici di ciascuna scheda, l'ufficio del personale estrae le informazioni per l'erogazione degli incentivi annuali ai singoli dipendenti.

I dati successivamente vengono elaborati per l'invio di un report personalizzato a ciascun valutatore, dove vengono evidenziati i punteggi ottenuti dai rispettivi collaboratori espresso in centesimi e gli scostamenti tra autovalutazione e valutazione espressi in numero totale e divisi in scostamenti positivi e negativi. Il report può essere modificato e ampliato su richiesta dei valutatori, secondo le necessità, facendone richiesta direttamente al responsabile.

Infine viene preparato un report dell'andamento della valutazione da presentare alla Direzione Strategica, accompagnato da un commento di interpretazione dei dati risultati dall'analisi statistica comparata con quella degli anni precedenti. In questa sede l'aggregazione dei dati avviene per area contrattuale (dirigenza o comparto), famiglia professionale attraverso lo studio degli scostamenti di valutazione tra autovalutazione e valutazione e tra standard e valutazione. E' tuttavia facoltà della Direzione Strategica richiedere uno studio focalizzato sul comportamento valutativo dei responsabili di struttura.

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1: Responsabile Valutazione Ufficio Valutazione¹³ (Direttore Personale)

FUNZIONE 2: RESP SITRA - SITRA Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitati¹⁴

FUNZIONE 3: Collab. Amm/vo cat. D/Ds¹⁵ –

FUNZIONE 4: OPERATORE AMMINISTRATIVO¹⁶

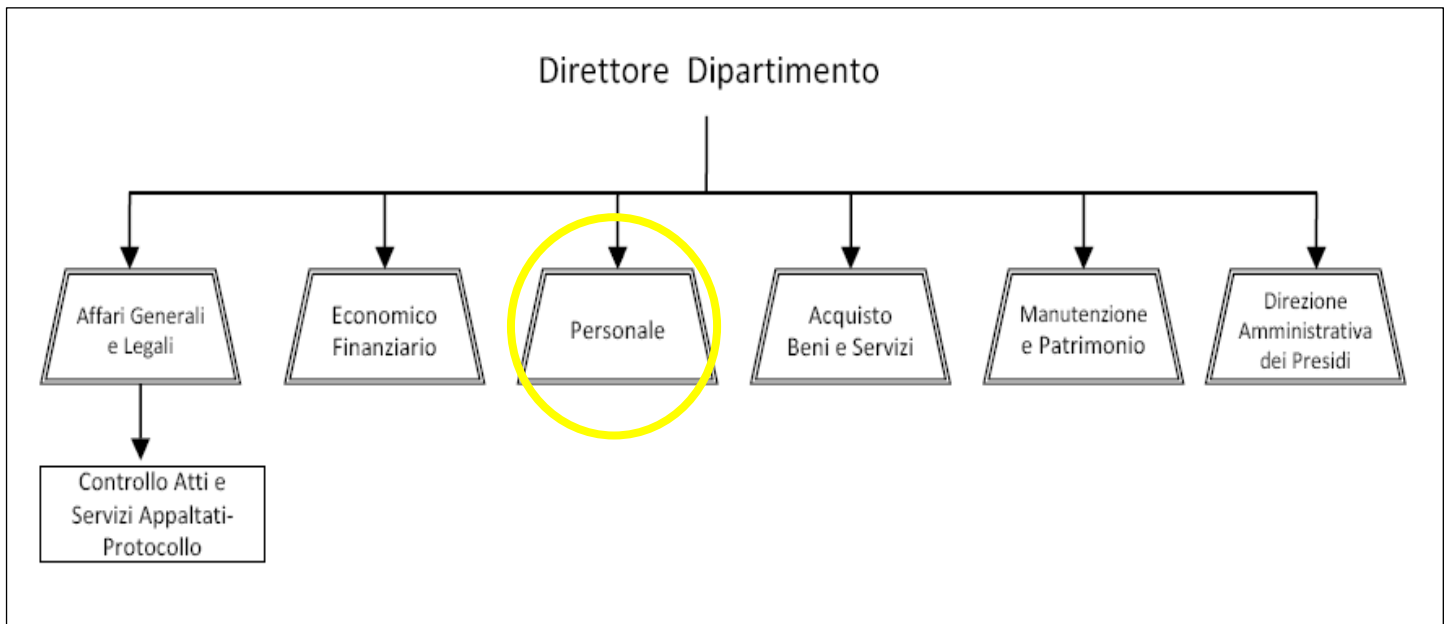
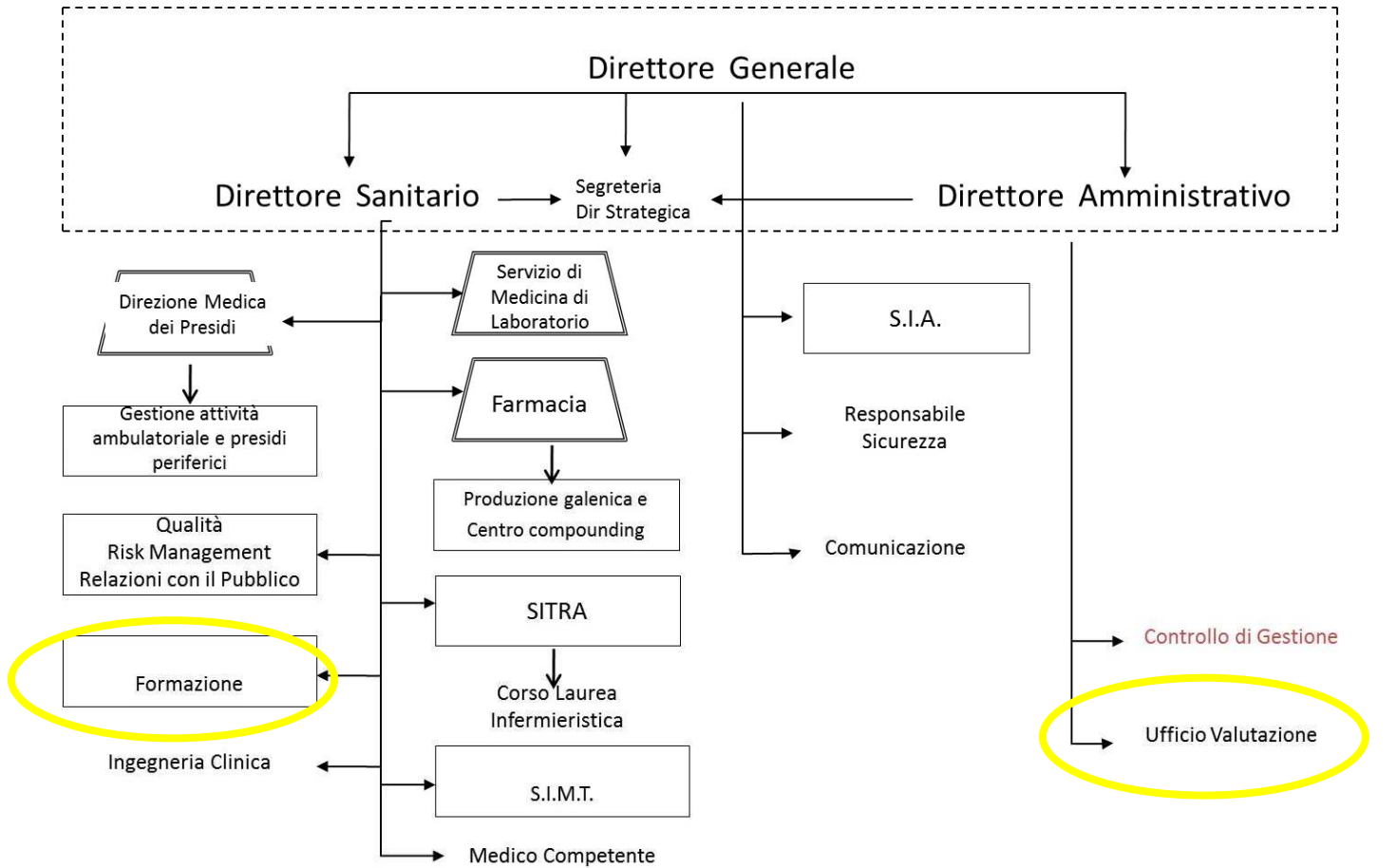
¹³ Presiede globalmente i processi valutativi aziendali. L'Azienda si è dotata di una metodologia di valutazione volta a misurare le performance dei propri operatori sia in relazione a comportamenti organizzativi ritenuti rilevanti e significativi, sia in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi predefiniti.

¹⁴ Indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario riabilitativo di prevenzione e degli operatori di supporto guidando la progettazione ed applicazione di un sistema di valutazione permanente per tali profili professionali in coerenza con l'impostazione aziendale

¹⁵ Coordina e presidia il processo della valutazione annuale del personale, assumendo la responsabilità di manutentore del sistema;

¹⁶ Gestisce la documentazione (raccolta, classificazione e archiviazione) e collabora nelle fasi operative (stampa- invio- inserimento schede di valutazione)

Processo: GESTIONE DEL PERSONALE



Descrizione dell'Attività

Il processo di Gestione del Personale ha come principale obiettivo **l'orientamento dei comportamenti dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera** verso il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Il processo di Gestione del Personale si occupa di attrarre e selezionare le risorse necessarie, di gestire/monitorare la presenza e l'operatività dei dipendenti, di garantire l'efficacia delle attività di formazione, di sviluppare competenze, di pianificare percorsi di carriera e di incentivazione che valorizzino il capitale umano interno all'**Azienda Ospedaliera**.

Sono stati individuati e descritti i seguenti sotto-processi:



1.1. Selezione e Assunzione: il sotto-processo è strutturato in due macro-attività : a) attività di Selezione per Concorso Pubblico; b) attività di Conferimento di incarichi a soggetti terzi

1.2. Gestione del Personale: il sotto-processo è strutturato in due macro-attività : a) attività di gestione e controllo delle Presenze/Assenze dei dipendenti dell'Azienda ospedaliera; b) attività di gestione del trattamento economico del personale dipendente, attività regolata dalle clausole contrattuali e dalle norme legislative e regolamentari vigenti e gestita, nel rispetto di regole operative proprie del Settore Economico dell'UO Personale, attraverso uno specifico applicativo informatico costituente un modulo della procedura complessiva di gestione integrata del personale

1.3. Valutazione del Personale: il sotto-processo è strutturato nelle attività di valutazione annuale del dipendente, comprese le attività di predisposizione, stampa e invio delle schede di valutazione ai dipendenti e di controllo e imputazione dei dati di valutazione nel sistema informatico, della loro elaborazione e creazione di specifici report;

1.4. Formazione Personale: il sotto-processo è strutturato nelle attività di Pianificazione della formazione, di Analisi dei bisogni formativi fra cui si evidenziano gli obiettivi di definizione delle priorità, dei progetti e del finanziamento del Piano Formativo, di Attuazione della formazione e di Valutazione della Formazione.

1.5. Incentivazione Personale: il sotto-processo ha l'obiettivo di dotare l'azienda di una metodologia di valutazione delle prestazioni, di impostare un sistema di valutazione permanente delle prestazioni, di dotare l'azienda di strumenti che la agevolino nel sistematico processo di valutazione delle prestazioni dei propri dipendenti e di formare il personale preposto ai processi di valutazione permanente, alla valutazione come elemento di gestione delle risorse umane.

DIREZIONE DI AFFERENZA: SANITARIA**STRUTTURA SEMPLICE: FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE**

FUNZIONE STRUTTURA SEMPLICE FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE (in Staff alla Direzione Strategica) **L'Ufficio Formazione e sviluppo Risorse Umane**, in staff alla Direzione Sanitaria, è preposto alla formazione ed aggiornamento di tutti i dipendenti dell'Azienda.

Responsabile: Dr. Silvio Bettinelli
Poteri e deleghe: il Dirigente Responsabile ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO (Deliberazione 587/2005, Deliberazione 966/2003 e Deliberazione 348/12 P.O.A)
<p>S.S. FORMAZIONE</p> <p>Competenze manageriali - Attività caratteristiche</p> <p>L'U.O. Formazione e Sviluppo Risorse Umane dirige i processi formativi quali leve strategiche per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e dello sviluppo professionale degli operatori.</p> <p>A tal fine l'U.O. assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la promozione, la programmazione e il coordinamento della formazione del personale; ○ la rilevazione e l'analisi dei bisogni e della domanda di formazione; ○ la redazione del piano di formazione annuale, il relativo monitoraggio e verifica le ricadute dell'intervento formativo; ○ la gestione come provider aziendale dell'accreditamento E.C.M. delle iniziative formative; ○ il supporto metodologico alla costruzione di progetti aziendali riferiti allo sviluppo delle risorse umane e a processi di cambiamento organizzativo; ○ la gestione e il coordinamento della rete dei formatori aziendali. <p>Grado di Autonomia Gestionale</p> <p>Numero dirigenti dedicati: 1</p> <p>Numero addetti del comparto dedicati: 3,52</p> <p>Responsabilità</p> <p>La struttura negozia il budget aziendale pertanto ha responsabilità di risultato.</p>

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Riferimenti :

- DLgs 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", artt. 16-bis, 16-ter, 16-quater, 16-quinquies , con i quali viene disciplinata la formazione continua, intesa come aggiornamento professionale e formazione permanente, viene istituita la Commissione nazionale per la formazione continua e, tra l'altro, si stabilisce quanto segue:
 - "La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private";
 - D.G.R. 5 Agosto 2004 - n 7/18576 " Linee di indirizzo per l'attivazione del Sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia
 - la D. G. R. n. 20767 del 16 febbraio 2005: Determinazione in merito al progetto operativo per l'attuazione del sistema lombardo "ECM- Sviluppo Professionale Continuo CPD";
 - la D.G.R. n° VIII/0257 del 26 ottobre 2006: "Piano Socio-Sanitario 2007-2009"
 - l'Accordo Stato Regioni del 14.12.06 che ha approvato la proroga del programma sperimentale di Educazione Continua in Medicina e l'Accordo Stato Regioni stipulato il 1° agosto 2007 avente come oggetto "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina" che prevede:
 - l'avvio dal 2008 dell'accreditamento dei Provider, che può avvenire a livello regionale o nazionale, secondo criteri definiti anche dalle singole Regioni, sulla base di indirizzi condivisi a livello della Commissione nazionale per la formazione continua;
 - l'obbligo di acquisizione da parte di ogni operatore sanitario di 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010 secondo la seguente ripartizione: 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008-2010. In particolare, dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010, almeno 90 dovranno essere 'nuovi' crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007";
 - il diritto/dovere del professionista della Sanità di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro, in un ottica di integrazione tra gli obiettivi formativi individuali e gli obiettivi formativi dell'equipe professionale e del dipartimento di appartenenza;
1. DGR 5961 del 5/06/2007: Indicazioni operative per la progettazione di interventi di formazione sul campo
 2. Decreto Direzione Generale Sanità n° 1285/2008 . "Sistema lombardo di educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l'anno 2009".

3. Decreto 2416 del 13/03/2009: Sistema Lombardo di ECM –CPD: indicazioni operative per l’anno 2009 requisiti richiesti per l’accreditamento come provider regionale formazione individuale sponsorizzazione e conflitto di interessi
4. Decreto sistema ECM nazionale del 4 agosto 2009
5. Decreto Direzione Generale Sanità n° 3684/2010 . “Sistema lombardo di educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l'anno 2010”.
6. la D.G.R. n° IX/0088 del 17 novembre 2010: “Piano Socio-Sanitario 2010-2014”- ALLEGATO A
7. Decreto Direzione Generale Sanità n° 3243/2011 . “Sistema lombardo di educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l'anno 2011”.
8. Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 in materia di sicurezza.
9. Accordo Stato Regioni del 19/04/2012 su " Il nuovo sistema di formazione continua in medicina- Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti"
10. Accordo Stato Regioni del 19/04/2012 sulla definizione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze comunque acquisite in apprendistato a norma dell'art. 6 del decreto legislativo 14/09/2011, n.167.
11. Decreto Direzione Generale Sanità n° 2738/2012 . “Sistema lombardo di educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l'anno 2012”.
12. “Procedura generale di gestione della formazione nell’Azienda Ospedaliera di Crema” - PG03.
13. Decreto Direzione Generale Sanità n° 1006/2013. “ Sistema lombardo di educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l’anno 2013”
14. Decreto Direzione Generale Sanità n° 12784/2014. “ Sistema lombardo di educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo (ECM-CPD): indicazioni operative per l’anno 2015”

Pianificazione della formazione

E’ il processo attraverso il quale viene predisposto il Piano della formazione aziendale che può avere cadenza annuale o pluriennale.

Il Piano della formazione è un programma organico di azioni formative attraverso il quale l'Azienda forma il proprio personale di tutte le figure professionali ed è composto dalle seguenti parti:

1. analisi dei bisogni
2. gli obiettivi del Piano
3. la descrizione macro dei progetti di formazione residenziale interna e attività di formazione "sul campo" di tipo trasversale e dei singoli dipartimenti
4. il finanziamento del Piano e la suddivisione tra attività trasversali e dipartimentali

Il Piano viene comunicato attraverso iniziative specifiche nei singoli Dipartimenti e pubblicato sull'Intranet aziendale.

Analisi bisogni formativi

1) Nella definizione del Piano formativo aziendale assume una rilevanza fondamentale una corretta rilevazione e analisi dei bisogni, che è il momento in cui l'organizzazione si interroga su quali siano le necessità formative a partire dagli obiettivi che l'azienda ospedaliera sta perseguendo.

L'analisi dei bisogni formativi viene fatta annualmente, attraverso una indagine che viene effettuata dal responsabile formazione – insieme alla Direzione aziendale e agli Uffici di Staff - in relazione alle esigenze organizzative trasversali all'azienda e dai referenti di formazione – insieme a Responsabili e Coordinatori - in relazione alle esigenze più specifiche di sviluppo professionale delle figure che operano nei dipartimenti e nelle U.O.

L'analisi dei bisogni si pone come attività di ricerca finalizzata alla acquisizione di dati e informazioni utili per pianificare e progettare il processo formativo. Le fonti principali sono: gli obiettivi di budget, strategia e progetti di sviluppo, i risultati della formazione degli anni precedenti, il parere dei vertici e dei livelli intermedi, i risultati del sistema di valutazione, le competenze richieste alle diverse figure professionali.

L'opportunità offerta a tutto il personale di aggiornare le proprie conoscenze e sviluppare le competenze necessarie è non solo un rispetto dei diritti dei singoli operatori, un'osservanza della normativa che prevede che tutti gli operatori sanitari sono tenuti ad aggiornarsi secondo le indicazioni previste dalla normativa sull'ECM, ma anche lo strumento per:

- migliorare la risposta dei servizi sanitari alla domanda di salute dei cittadini,
- garantire che le attività siano svolte da personale qualificato
- promuovere innovazione, cambiamento culturale e comportamentale

Il processo di Pianificazione comprende la fase di rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi. E' in quel momento che vengono prese in considerazione le esigenze di sviluppo professionale del personale dell'azienda in coerenza con gli obiettivi aziendali. Ed è in questa fase che potrebbero essere trascurate o sottovalutate le esigenze di alcune figure professionali.

Definizione delle priorità, dei progetti e del finanziamento del Piano

A partire dalle esigenze formative di tipo organizzativo e per lo sviluppo delle competenze professionali rilevate, in questa fase del sottoprocesso gli operatori dell'Ufficio Formazione e i referenti formazione definiscono le linee generali dei progetti formativi da realizzare nel periodo di pianificazione (che può essere annuale o pluriennale). Sulla base dei progetti previsti, il Responsabile Formazione concorda con la Direzione aziendale il finanziamento da destinare per la formazione.

Nella fase di definizione dei progetti formativi, sono cruciali le figure a cui è affidata la realizzazione degli stessi, il Responsabile Scientifico, il Docente/i e il Tutor .

Per tutte queste figure il Decreto 2416 del 13.03.09, l'allegato 3 relativo a "Sponsorizzazioni e conflitto di interessi", richiede una autocertificazione dell'assenza di conflitto di interessi per contrastare il possibile insorgere di situazioni di conflitto delle figure che hanno responsabilità rispetto ai contenuti formativi ed alla progettazione e realizzazione dell'evento formativo (con l'eventuale possibilità di acquisire finanziamenti degli eventi stessi da parte di altri soggetti pubblici o privati oltre al budget assegnato dall'azienda).

Il sistema ECM persegue unicamente scopi formativi e tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti devono perseguire esclusivamente il prevalente interesse pubblico.

Il conflitto di interessi si può ipotizzare quando sussistono rapporti economici dei soggetti organizzatori di eventi formativi con aziende commerciali coinvolte nella produzione di beni o servizi sanitari utilizzati da o su pazienti e la possibilità di influire sui contenuti di un'attività ECM relativa a tali beni o servizi.

Attuazione della formazione

L'attività di aggiornamento e formazione attuata all'esterno dell'azienda viene in parte prevista nel piano di formazione (per le iniziative più impegnative e prevedibili).

La gran parte di questa attività viene richiesta dal personale, autorizzata e attuata in corso d'anno in relazione alle proposte di corsi, seminari, convegni non direttamente gestiti dall'Azienda, ma da società scientifiche o professionali, da enti regionali, nazionali o internazionali, o da privati.

Le richieste con la firma di chi autorizza pervengono all'Ufficio Formazione che, attuati i controlli necessari, autorizza attraverso un atto deliberativo.

L'Ufficio Formazione verifica la completezza della richiesta, la disponibilità economica rispetto al budget, predispone gli atti autorizzativi, raccoglie la documentazione, inserisce i dati nel data base e predispone un report annuale dell'attività attuata dai dipendenti.

Attività formativa all'esterno dell'azienda

La partecipazione ad attività formative organizzate all'esterno dell'Azienda è possibile attraverso due modalità:

L'AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

Per le attività formative che sono valutate dai Responsabili e Coordinatori di interesse prioritario per gli obiettivi aziendali, di Dipartimento o di U.O.

Avviene in orario di servizio ed eventualmente con un contributo spese totale o parziale a carico dell'Azienda, autorizzato dal Direttore del Dipartimento.

AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

L'aggiornamento facoltativo è richiesto per iniziative selezionate dal personale interessato che ritiene utili per la propria crescita professionale, attinente al profilo professionale e/o all'eventuale specializzazione e connessa all'attività di servizio e per le quali l'Azienda riconosce un proprio livello di interesse in rapporto al miglioramento qualitativo dei servizi stessi.

Il personale partecipa alla formazione facoltativa nei limiti dei permessi previsti dai rispettivi contratti (8 giorni annui di permesso retribuito e per i dirigenti, le 4 ore settimanali di riserva oraria) o al di fuori dell'orario di lavoro.

La partecipazione a iniziative formative esterne viene autorizzata dai dirigenti (sentiti i coordinatori per le richieste del personale del comparto), tenendo conto delle priorità connesse agli obiettivi assegnati alla struttura, fornendo a tutti l'opportunità di partecipare ai programmi di aggiornamento, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 61 del d.lgs. n. 29 del 1993.

I responsabili che autorizzano le richieste possono:

- valutare l'opportunità e la possibilità di contribuire alle spese con il budget reso disponibile dall'Azienda per le iniziative di rilevanza per l'U.O./Dipartimento
- autorizzare la partecipazione con il solo riconoscimento dell'orario di servizio
- dare un contributo alle spese senza riconoscere l'orario di servizio

IMPEGNO DEL DIPENDENTE

L'autorizzazione alla partecipazione ad iniziative formative esterne comporta l'impegno da parte del dipendente:

- a comprovare l'avvenuta partecipazione inviando l'attestato di partecipazione all'Ufficio Formazione
- a condividere con i colleghi le conoscenze e competenze acquisite con le modalità concordate con il proprio Coordinatore / Responsabile di U.O

PARTECIPAZIONE SPONSORIZZATA

Nel caso in cui la partecipazione ad iniziative formative all'esterno dell'azienda siano sponsorizzate da aziende private, l'azienda sponsor è tenuta a fare richiesta ad ottenere l'autorizzazione della Direzione Sanitaria

PROCESSO – Progettazione della formazione

Nella fase di progettazione degli eventi formativi, i progettisti definiscono gli elementi chiave per la realizzazione degli stessi: obiettivi, destinatari, metodi, tutor, docente/i.

In questa fase viene fatta la scelta dei docenti a cui affidare la realizzazione dei progetti formativi con i relativi compensi economici.

Scelta e affidamento incarico a docenti esterni

L'affidamento di un incarico di docenza viene fatto attraverso questi passaggi: individuazione, richiesta di una proposta, valutazione della proposta fatta dal docente esterno, scelta del docente, affidamento dell'incarico, valutazione dell'intervento e del docente.

INDIVIDUAZIONE:

L'individuazione del docente può avvenire sulla base di conoscenza diretta della sua competenza come formatore (per altri interventi formativi fatti in azienda valutati positivamente) o sulla base di segnalazioni di colleghi di altre aziende.

La competenza del docente viene valutata secondo questi criteri: valutazione di gradimento e di efficacia ottenuta in eventuali precedenti attività formative effettuate per la nostra Azienda; esperienza sulla tematica oggetto della formazione e risultati; esperienza come formatore; esperienze di didattica nella sanità.

RICHIESTA DI UNA PROPOSTA:

Il progettista discute il progetto formativo con il docente e concorda le modalità dell'intervento che vengono esplicitate dal docente in una proposta che contiene gli elementi progettuali e l'indicazione dei costi.

VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DEL DOCENTE ESTERNO:

La valutazione della proposta formativa viene fatta utilizzando i seguenti criteri:

- coerenza della proposta rispetto alle esigenze interne del progetto e alle condizioni organizzative;
- costo indicato nella proposta.

SCELTA DEL DOCENTE:

Conclusa la valutazione della proposta e la disponibilità di budget rispetto alla richiesta economica del docente, viene effettuata la scelta.

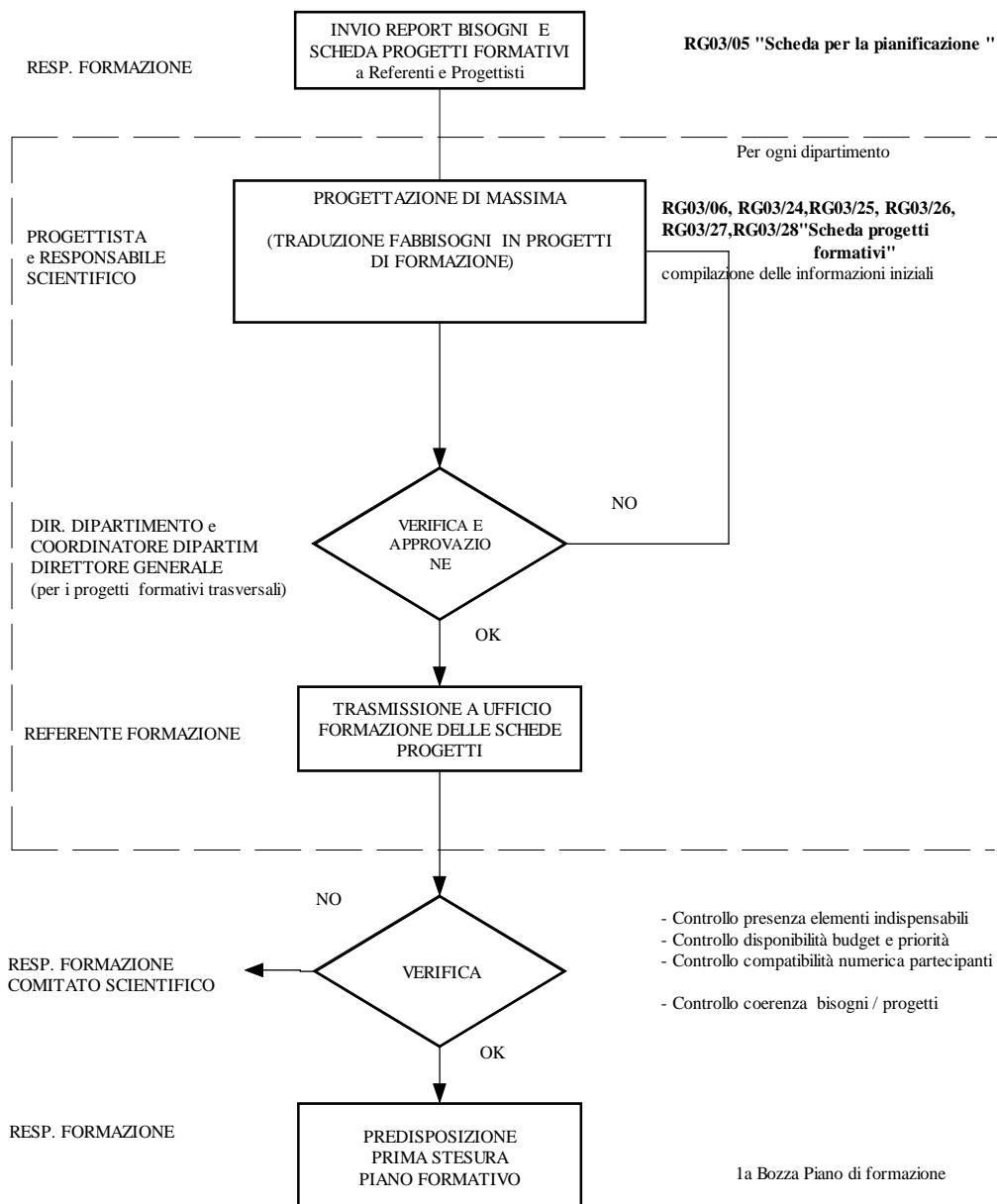
Nel caso di proposte formative che comportano un forte rilievo organizzativo o un impegno economico rilevante (vedi regolamento aziendale, in particolare Regolamento Acquisti come da verbale di Deliberazione n° 53 del Direttore Generale) vengono richieste e valutate proposte di più docenti (l' Area Economica Finanziaria valuta la possibilità di effettuare una pubblicazione).

Le procedure con cui vengono effettuati i diversi sottoprocessi sono riassunti nella seguenti flow charts:

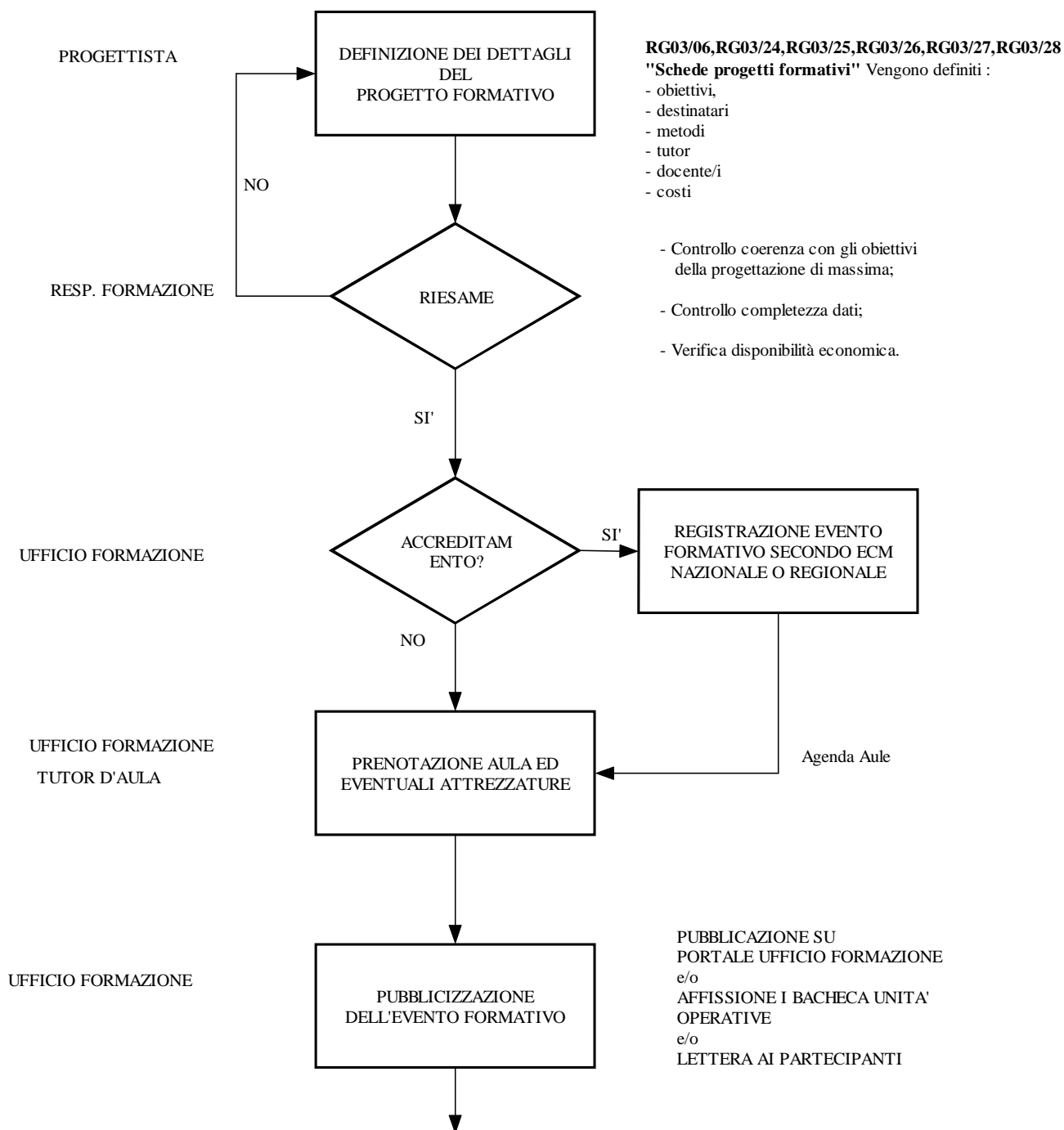
Progettazione della Formazione

Rilevazione ed analisi dei fabbisogni di formazione

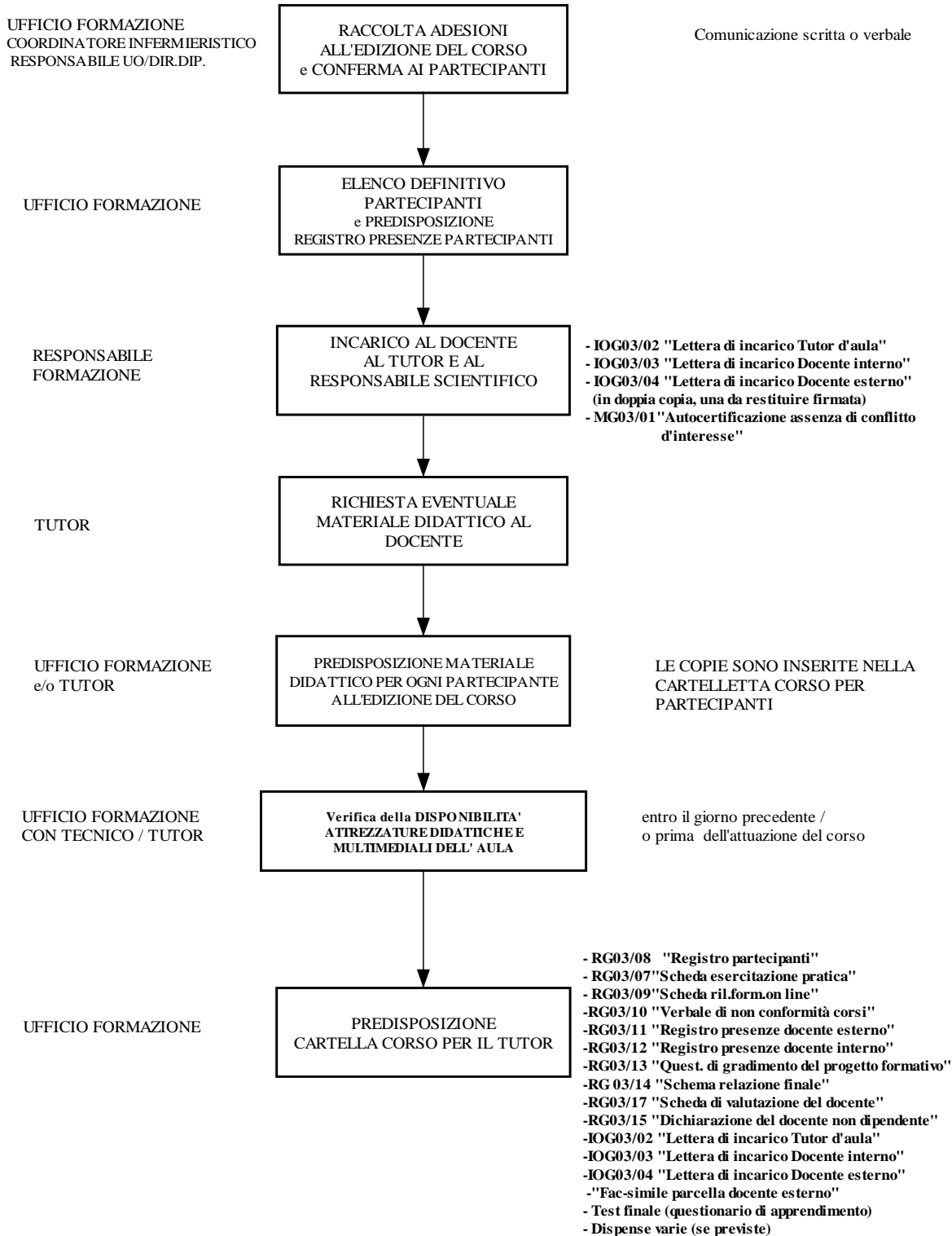
Traduzione dei fabbisogni nel Piano (progettazione di massima)



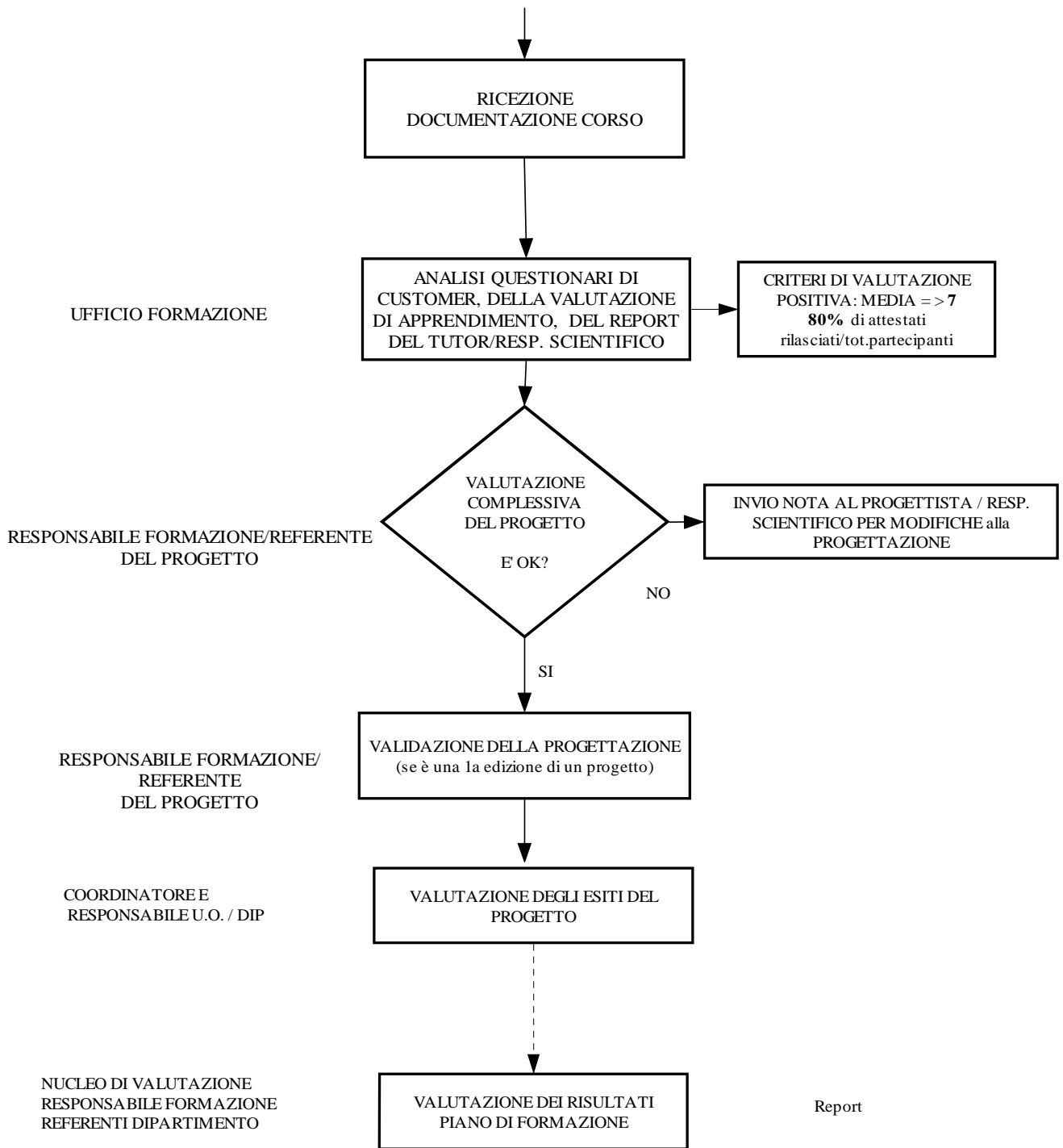
Progettazione di dettaglio



ATTUAZIONE DEL PROGETTO FORMATIVO Attività di pre-aula



Valutazione complessiva del progetto formativo e validazione



PROCESSO: Gestione del Personale

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1: RESPONSABILE UFFICIO FORMAZIONE¹ (rif. Job Description rev.2 del 30/07/2010)

FUNZIONE 2: Assistente Amministrativa cat. C dell'Ufficio Formazione² (rif. Job Description rev.3 del 30/07/2010)

1

La funzione è interdipendente con tutte le UU.OO. e gli uffici di Staff

- Redige un piano per la formazione annuale o pluriennale, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle macro strutture aziendali (es. dipartimenti, Direzione Medica, SITRA, are di staff, ecc), raccogliendo e analizzando le esigenze specialistiche che nascono come domanda dei professionisti e del Dirigente gestionale ad essi preposto.
- Concorda con la Direzione Aziendale il budget del piano annuale per la formazione e i budget dei Dipartimenti
- Coordina - la progettazione, realizzazione e verifica delle iniziative formative, anche attraverso il supporto dei Responsabili Scientifici delle singole iniziative e dei Referenti di formazione.
- Valuta i risultati formativi a livello di:
 - reazione dei partecipanti
 - grado di raggiungimento degli obiettivi fissati
 - apprendimento e
 - trasferimento delle competenze sul lavoro
- Individua docenti interni e docenti/ società di consulenza esterne in grado di garantire i migliori standard qualitativi ottimizzando i costi.
- Raccoglie, registra e diffonde i dati relativi agli interventi formativi effettuati, utili per il monitoraggio della funzione formazione nell'ambito aziendale.
- Coordina la rete dei referenti per la formazione dei dipartimenti;
- Coordina l'attività del Comitato Scientifico dell'Azienda
- Cura l'informazione agli operatori sanitari circa l'offerta formativa;
- Assicura gli atti amministrativi necessari alla realizzazione degli interventi
- Collabora alla definizione di procedure per l'inserimento formativo nella organizzazione del personale di recente acquisizione ed eventualmente predispone interventi formativi
- Prevede gli interventi a supporto del piano formativo, assicurando l'adeguamento professionale e il miglioramento delle competenze dei componenti dell'ufficio formazione, dei referenti di formazione, dei docenti interni all'azienda e dei tutor d'aula in collaborazione con il Comitato Scientifico e i Responsabili Scientifici degli eventi.
- Predispone, verifica l'applicazione ed aggiorna il regolamento aziendale per la formazione
- Accredita il sistema formativo come Provider a livello ECM regionale e i singoli eventi rispetto al sistema ECM nazionale e opera in modo da mantenere i requisiti necessari per l'accreditamento ECM del sistema formativo aziendale
- Partecipa a progetti e innovazioni promosse in azienda
- Partecipa, con ruolo attivo e di promozione, alle attività del Gruppo Risorse Umane volte a definire le politiche di gestione del personale in merito a:
 - politiche di reclutamento, politiche di sviluppo professionale,
 - politiche di organizzazione del personale,
 - sistemi premianti,
 - sistemi di valutazione

2

La funzione è interdipendente con tutte le UU.OO. e gli uffici di Staff

- Svolge lavoro di segreteria
- Supporta a livello organizzativo gli utenti della formazione
- Predispone l'organizzazione e la logistica dei corsi: materiali, docenti, agenda corsi, agenda aule e ausili...
- Tratta database corsi per dipendenti
- Si occupa delle pratiche di rilevazione customer
- Si occupa delle pratiche aggiornamento ECM nazionale e regionale (Rapporti)
- Aggiorna la pagina informativa corsi su Intranet
- Predispone determinazioni per formazione esterna
- Si occupa del riconoscimento orario per corsi all'esterno

14

FUNZIONE 3: Assistente sanitaria cat. D dell'Ufficio Formazione³ (rif. Job Description rev.1 del 30/07/2010)

FUNZIONE 4: Educatrice Professionale - Posizione organizzativa- Cat. D dell'Ufficio Formazione⁴ (rif. Job Description rev.1 del 22/11/2010)

FUNZIONE 5: Operatore Tecnico dell'Ufficio Formazione⁵ (rif. Job Description rev.1 del 30/10/2010)

-
- Controlla il budget per corsi esterni
 - Aggiorna le schede corsi a consuntivo
- 3
- La funzione è interdipendente con tutte le UU.OO. e gli uffici di Staff**
- Tratta ECM regionale : Verifica documentazione e comunicazioni su sito ECM
 - Supporta i proponenti corsi da accreditare e verifica documentazione necessaria all'accreditamento
 - Si occupa dell' Inserimento dei corsi (richiesta di accreditamento) e risoluzione di eventuali problemi
 - Tratta le pratiche per pagamento contributo ECM regionale
 - Aggiorna la normativa ECM: acquisizione e diffusione e proposte di adeguamento alle disposizioni.
 - Controlla il budget complessivo (interno/esterno) della formazione
 - Si occupa delle Liquidazioni delle spese relative ai corsi interni: (Docenti interni ed esterni, Aule, Materiale didattico)
 - Predisponde report di budget trimestrale all'U.O. economico-finanziaria
 - Prepara delibere e determine,
 - Collabora nella progettazione delle iniziative formative trasversali e dipartimentali
 - Si occupa di progetti in particolare di carattere sanitario e di prevenzione
 - Collabora alla predisposizione organizzativa e logistica dei corsi
 - Svolge il ruolo di Tutoraggio di corsi
- 4
- La funzione è interdipendente con tutte le UU.OO. e gli uffici di Staff**
- Collabora con il Responsabile Formazione nella definizione del Piano formativo Aziendale, sentiti i responsabili di Dipartimento e di UU.OO., e attraverso la rete dei Referenti di Formazione dei Dipartimenti, si preoccupa di formularlo nella sua interezza, verificarne la congruenza rispetto alle esigenze formative del personale e le esigenze organizzative e gli indirizzi programmatori e strategici aziendali e regionali
 - Collabora con il responsabile nell'analisi delle esigenze formative, nella progettazione (*collaborando con gli estensori delle specifiche attività formative nel definire gli obiettivi formativi, predisporre sistemi di valutazione dell'apprendimento e suggerire le metodologie didattiche*), realizzazione e valutazione dei percorsi formativi
 - Si relaziona con docenti, tutors, responsabili scientifici, partecipanti, agenzie formative per le funzioni sopracitate
 - Svolge il ruolo di Referente qualità e sicurezza dell'Ufficio, curando il mantenimento della certificazione ISO 9001:2008 e collaborando con il Responsabile di U.O. per il miglioramento continuo della qualità dell'Ufficio Formazione
 - Svolge il ruolo di segretaria del Comitato Scientifico e cura la stesura verbali
 - Collabora con il Responsabile nel promuovere e organizzare attività in FAD
 - Tratta l'accreditamento degli eventi formativi presso il sistema ECM-CPD regionale, verificando la documentazione, curando l'inserimento degli eventi e la richiesta di avvio di istruttoria (secondo le modalità organizzative concordate all'interno dell'Ufficio) e la risoluzione di eventuali non conformità
 - Verifica, in collaborazione con la persona che cura la liquidazione spese conseguenti all'attuazione di attività formative, la predisposizione di report trimestrale al Direttore del Dipartimento Amministrativo relativo alle spese conseguenti alle attività formative
 - Collabora col Responsabile alla gestione budget, partecipando alla definizione degli obiettivi qualitativi/quantitativi dell'U.O. ed alla verifica dei relativi indicatori con specifico peso sull'U.O.
 - Verifica e trasmette i dati per il sistema informativo ECM della Regione Lombardia della formazione individuale dei dipendenti
 - Propone e gestisce progetti di miglioramento della qualità dell'Area Formazione
 - Cura l'aggiornamento dei colleghi dell'Ufficio sulle normative di interesse per l'Area Formazione
 - Predisponde delibere e determine relative all'area della formazione
 - In assenza del Responsabile ha la delega a:
 - adottare determine, firmare le proposte di adozione di deliberazione da sottoporre al Direttore Generale
 - firmare lettere di incarico a docenti, tutor, responsabili scientifici per l'avvio di attività formative
 - decidere in merito al miglioramento continuo della gestione del sistema qualità dell'Ufficio Formazione e delle certificazioni (ISO, JCI, Accredimento Regionale come Provider)
- 5
- La funzione è interdipendente con tutte le UU.OO. e gli uffici di Staff**
- Preparazione aule (controllo attrezzature, controllo lavagne, materiale cancelleria, acqua, ecc.)

15

FUNZIONE 6: Responsabile del procedimento dell'Ufficio Formazione⁶ (funzione 4 - cat. D)

FUNZIONE 7: REFERENTI FORMAZIONE - TUTTI I DIPARTIMENTI⁷

FUNZIONE 8: Direttori Dipartimento TUTTI I DIPARTIMENTI⁸

FUNZIONE 9: Direttori di U.O./Coord. UU.OO TUTTI I DIPARTIMENTI⁹

FUNZIONE 10: Progettisti TUTTI I DIPARTIMENTI¹⁰

-
- Gestione della prenotazione delle aule (agenda)
 - Rapporti con i servizi di pulizia e manutenzione attrezzature
 - Richiesta di materiale di cancelleria necessario per l'attività didattica e di segreteria
 - Preparazione, riproduzione e distribuzione di materiale didattico per i partecipanti ai corsi (cartelletta, fotocopie, fogli presenze, ecc.)
 - Archiviazione del materiale didattico dei diversi progetti formativi
 - Preparazione e spedizione di lettere e comunicazioni
 - Collaborazione nell'inserimento dati nel data base
 - Collaborazione nell'attività di segreteria

6 Organizzare una riunione dell'Ufficio per far conoscere i contenuti del Codice Etico Comportamentale

- Individuare il processo più critico in relazione ai principi condivisi dall'Azienda
- Individuare i rischi insiti nel processo
- Individuare le azioni preventive per garantire il rispetto dei principi
- Fissare le scadenze per monitorare i rischi individuati e valutare eventuali ulteriori rischi da tenere sotto controllo

7 (rif. Standard di Prodotto/Presentazione del Servizio e Procedura Generale di Gestione della Formazione PG03REV7 del 24/10/2011 e Job Description di U.O e di Dipartimento REV1 del 30/07/2010)

Collaborazione con l'Ufficio Formazione e Direttori / Coordinatori nella raccolta e analisi delle esigenze formative
Cura della progettazione, attuazione e verifica delle proposte formative della propria area
Diffusione delle informazioni relative alle attività formative

8 E' responsabile della formazione del dipartimento, dalla pianificazione dell'attività formativa del Dipartimento alla verifica dei risultati , in coerenza con le indicazioni della Direzione Aziendale e gli obiettivi del Dipartimento.

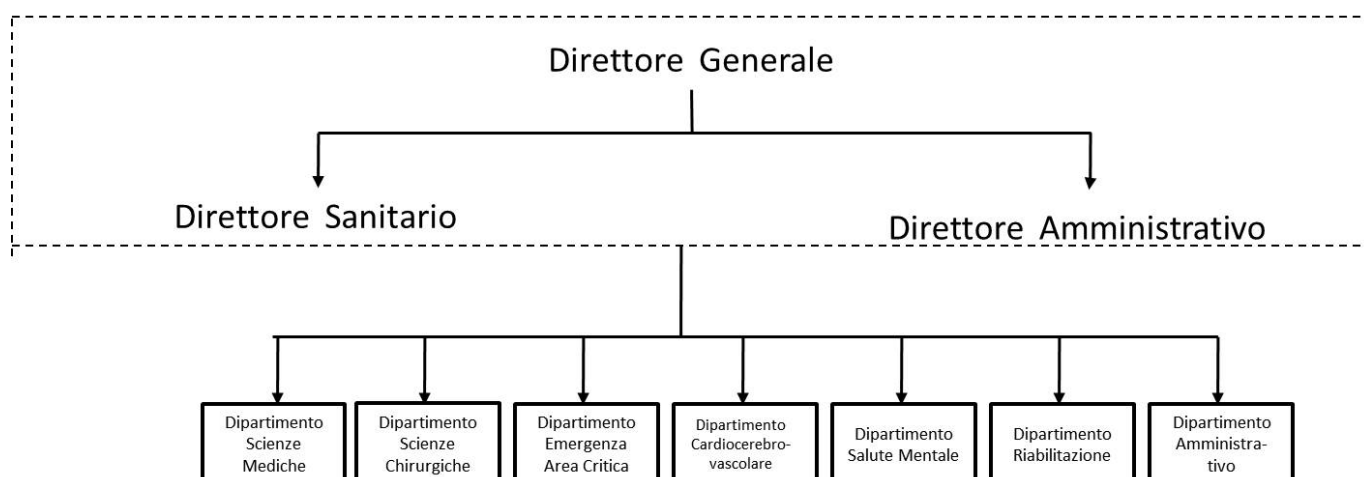
9 E' responsabile della raccolta e analisi delle esigenze formative del personale affidato e della verifica dei risultati
Autorizzazione alla partecipazione del personale affidato ad eventi formativi all'esterno dell'Azienda

10 (Rif. Job Description REV2 del 30/07/2010)
Stesura del progetto formativo in tutte le fasi

16

1.PROCESSO: GESTIONE PROCESSI DI CURA

2.PROCESSO: GESTIONE E SMALTIMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI



DIREZIONE DI AFFERENZA: SANITARIA STRUTTURA: COMPLESSO DI STRUTTURE SEMPLICI, COMPLESSE E DIPARTIMENTALI

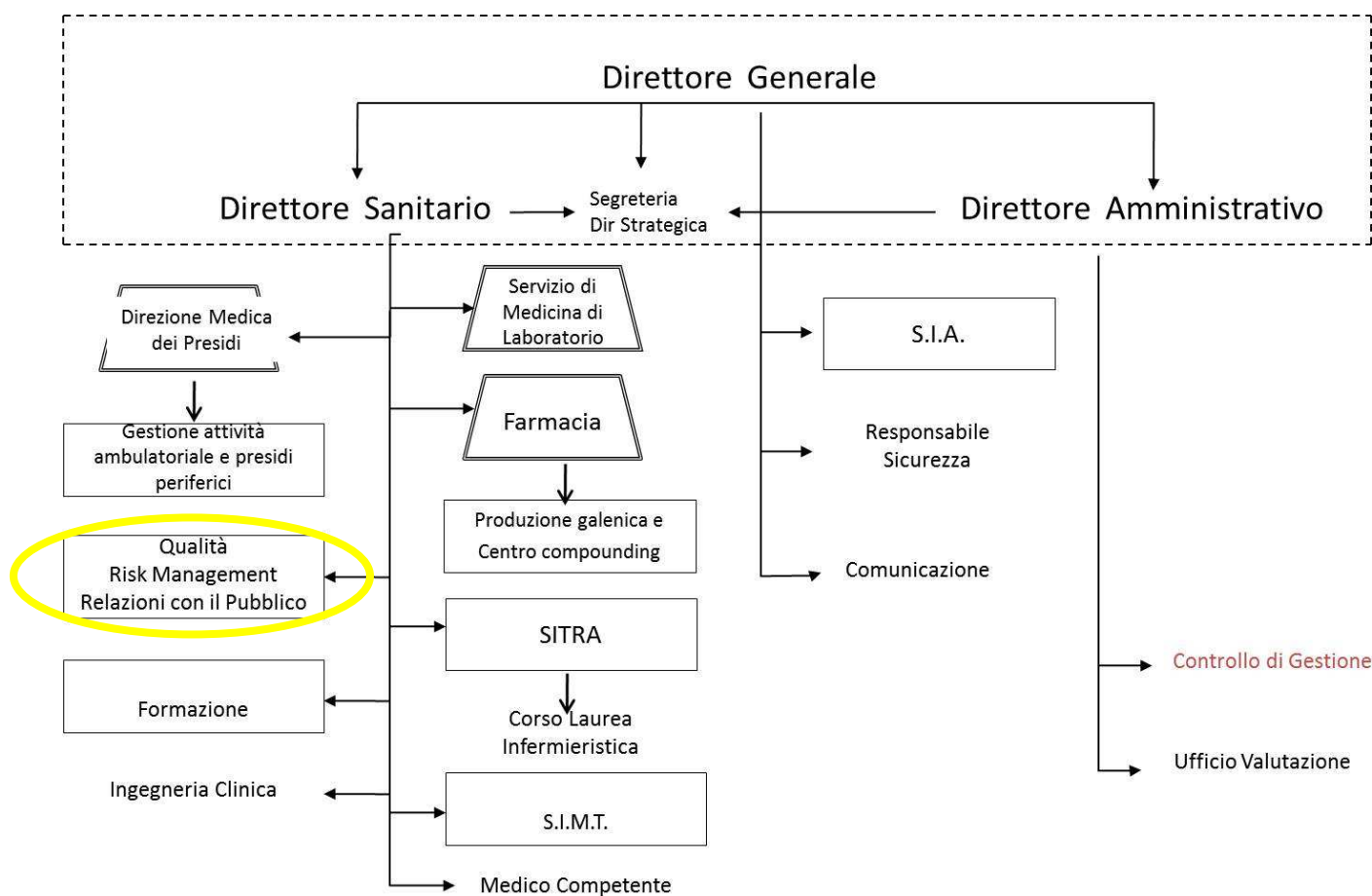
- Direzione Sanitaria dei Presidi
- S.I.T.R.A.
- Farmacia
- Dipartimento di Scienze Mediche
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche
- D. E. A.
- Dipartimento Cardiocerebrovascolare
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Riabilitazione
- Servizi di Diagnostica Clinica
- Dipartimento di Salute Mentale
- Risk Management Qualità e Sicurezza
- Gestione Attività Ambulatoriali e Presidi Periferici

Il Complesso di Strutture sopra descritto può essere meglio inquadrato operando una distinzione tra:

- Strutture in Staff
- Strutture Dipartimentali

Sono Strutture in Staff:

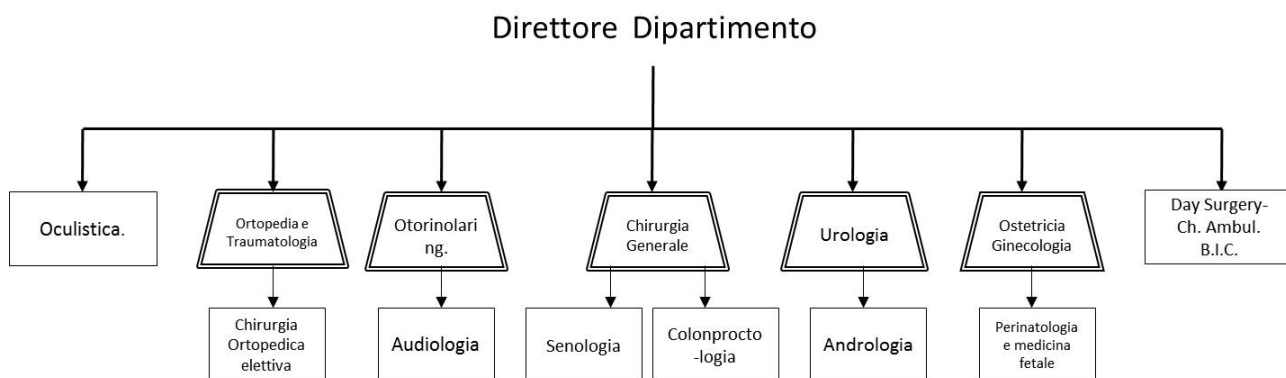
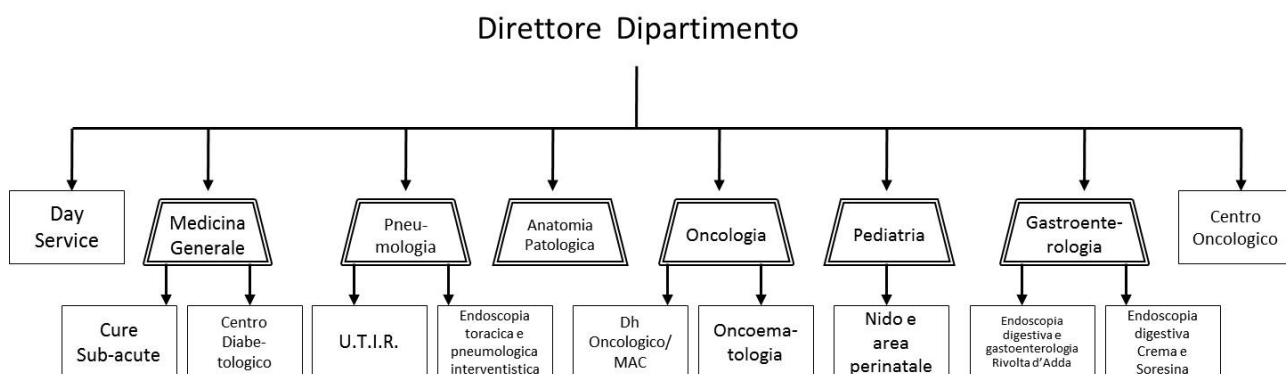
- Direzione Sanitaria dei Presidi
- S.I.T.R.A.



Costituiscono invece Strutture Dipartimentali:

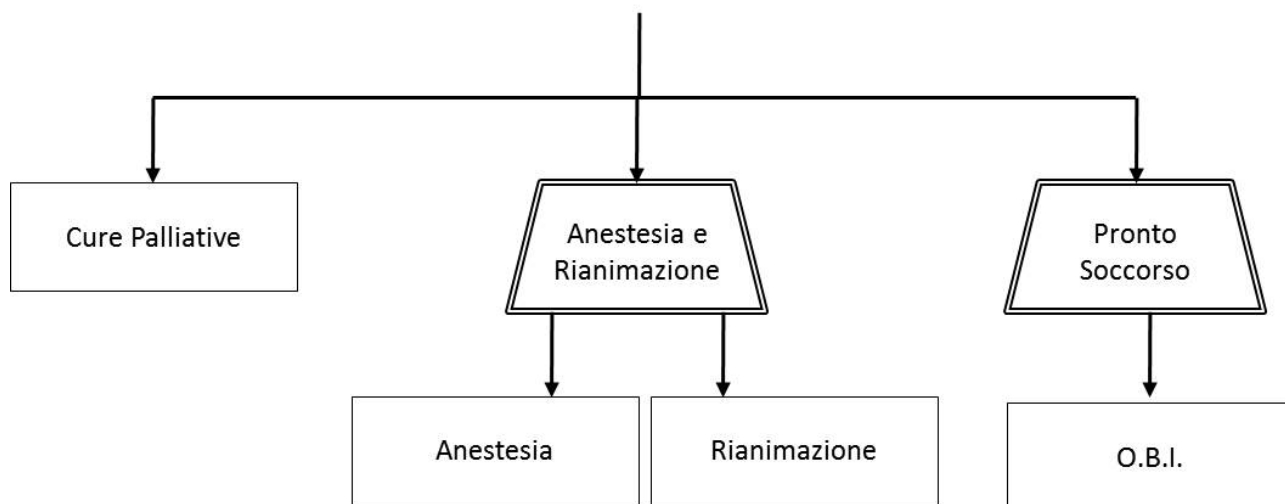
- Dipartimento di Scienze Mediche
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche
- D. E. A.
- Dipartimento Cardiocerebrovascolare
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Riabilitazione
- Servizi di Diagnostica Clinica
- Dipartimento di Salute Mentale

Nota: il Dipartimento Materno Infantile e i Servizi di Diagnostica Clinica sono distribuiti nei Dipartimenti sopra citati (per esempio il "Dipartimento Materno Infantile" è scisso tra "Dipartimento di Scienze Mediche", "Dipartimento di Scienze Chirurgiche" e "Dipartimento di Salute Mentale"; ciò in linea con una logica di Processo, la stessa che trova successiva argomentazione nelle presente trattazione.)



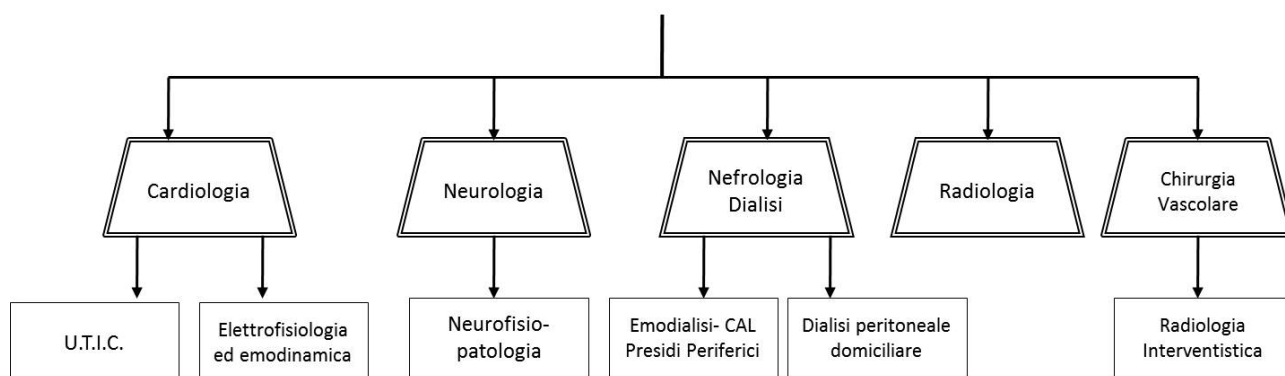
D. E. A.

Direttore Dipartimento

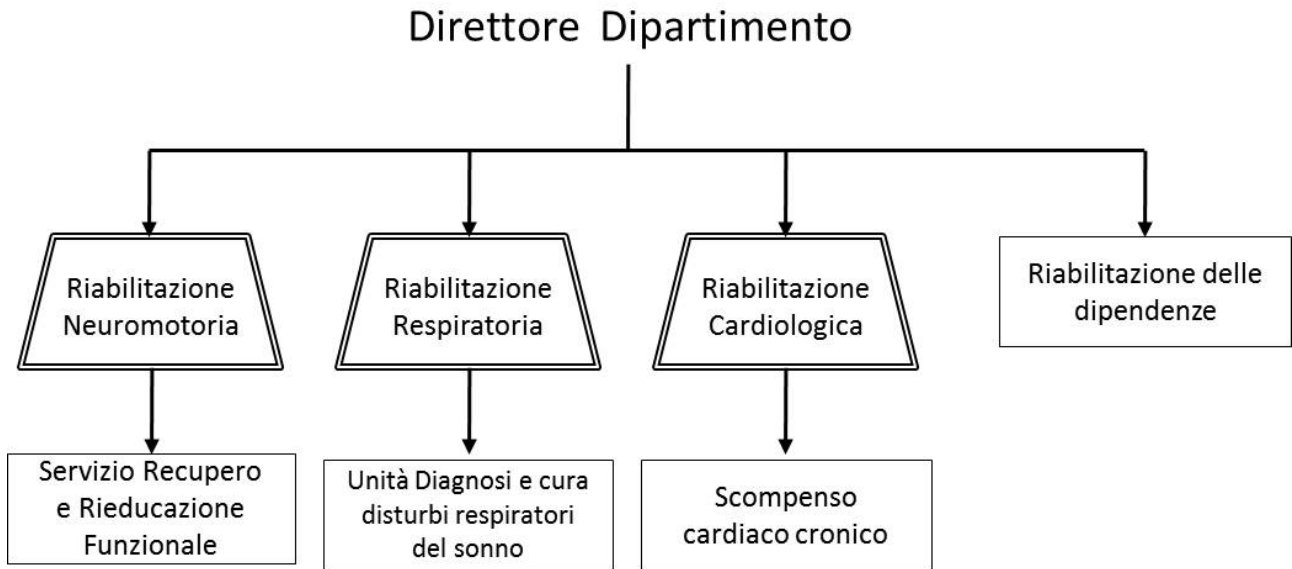


Dipartimento Cardiocerebrovascolare

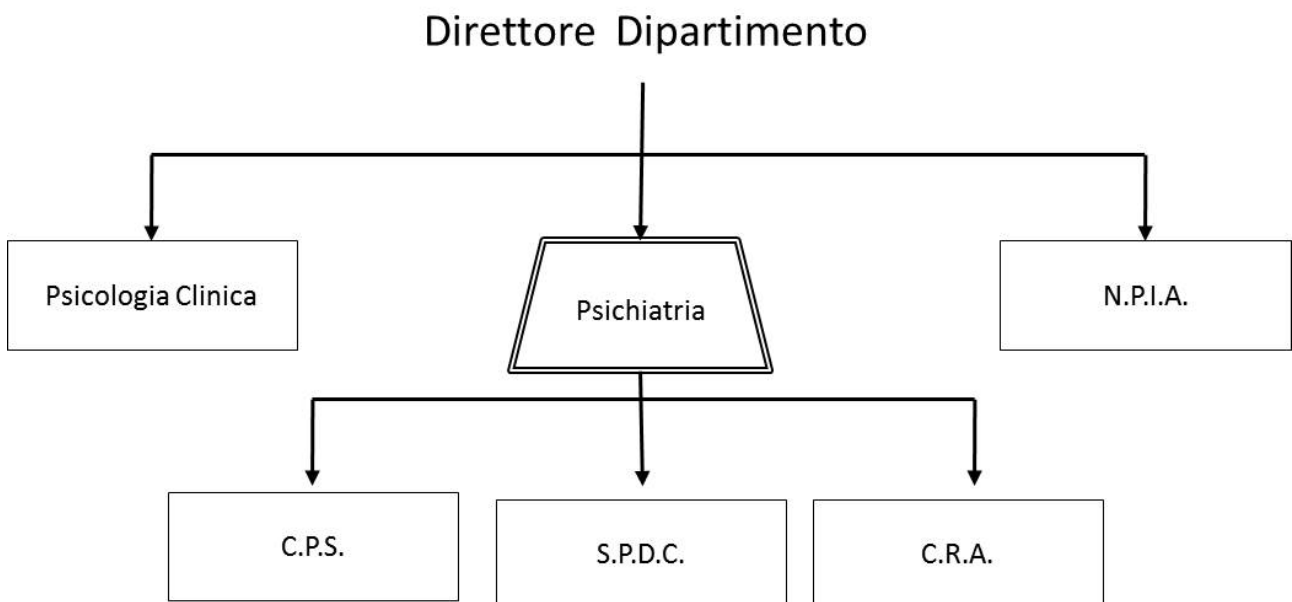
Direttore Dipartimento



Dipartimento di Riabilitazione



Dipartimento di Salute Mentale



Per il **Processo di Cura** si portano all'attenzione i seguenti potenziali Sottoprocessi. Questi trovano riferimento nelle Procedure Organizzative, Procedure Generali, Procedure Tecniche, Istruzioni Operative considerate rilevanti.

Sono stati individuati i seguenti Sottoprocessi:



La Gestione dei Processi di Cura descrive il percorso del paziente dall'accoglienza alle dimissioni nel caso del ricovero o dall'ingresso all'uscita dalla struttura ospedaliera focalizzando alcuni momenti (sottoprocessi) la cui attività è descritta nella seguente documentazione.

La gestione del processo di cura è regolato dall'insieme dei documenti che costituiscono il corpo della regolamentazione aziendale: tutti i documenti del Sistema di Gestione per la Qualità, le Deliberazioni del Direttore Generale, le regole e direttive interne emanate dai singoli dirigenti nell'ambito delle relative potestà e competenze.

Nell'ambito del processo di cura si utilizzano quale riferimento la seguente documentazione nella versione aggiornata (riferimento ufficiale il sito aziendale Qualità):

- PG04 Procedura generale sulla Gestione del Rischio;
- PO01 Procedura organizzativa di Gestione della Cartella Clinica;
- PO05 Procedura organizzativa di Accoglienza nelle UU.OO. e Servizi;
- PO07 Procedura organizzativa del processo di Ricovero e Dimissione;
- IOO07/2 Istruzione Operativa per corretta identificazione del Paziente;
- IOO07-03 Istruzione operativa per la Gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri;
- PO09 Procedura organizzativa del Consenso Informato;
- PO11 Procedura organizzativa di Prevenzione degli Errori di: identificazione Paziente, procedura chirurgica, sede di internamento;
- PT16 Procedura tecnica di Prevenzione delle Cadute in ambito ospedaliero;

E' stata eseguita la Analisi dei rischi del processo, per gli aspetti pertinenti all'ambito contemplato dal Codice Etico Comportamentale.

Sono state valutate le fasi del processo di seguito indicate, dettagliate nel documento "Analisi dei rischi, gap analysis, indicazioni per la gestione del rischio in applicazione del codice etico comportamentale" rev. 01 del 6/10/2010 della Direzione Medica di Presidio, condotta con la metodologia FMECA.

Descrizione Sottoprocessi e Procedure

Premessa

A differenza di quanto visto per l'Area Amministrativa, per l'Area Sanitaria è possibile raggruppare unitariamente in un unico processo la descrizione dell'attività: "Gestione dei Processi di Cura". La presenza di un consolidato sistema di gestione supportato da documentazione che si è sviluppata nel tempo (Certificazioni Qualità, ISO e Standard di sistemi di valutazione dell'attività sanitaria) consente di spiegare e far pertanto coincidere i Sottoprocessi con il complesso delle Procedure Organizzative, Procedure Generali, Procedure Tecniche nonché Istruzioni Operative al momento presenti.

Si descrive di seguito un quadro generale delle peculiarità Sottoprocessi, desunte dalle procedure di sistema qualità esistenti.

1) SOTTOPROCESSO : "ACCETTAZIONE"

Descrizione

L'accettazione presso la struttura Ospedaliera ha l'obiettivo di garantire pari opportunità ed equità per i ricoveri programmati mentre garantisce l'accettazione 24/24h per pazienti con problemi sanitari urgenti tramite il Pronto Soccorso.

Le modalità di accettazione (come dettagliato nella PO07 Procedura Organizzativa del processo di ricovero e dimissione) differiscono se il ricovero è: programmato, urgente o trasferimento da altre organizzazioni.

2) SOTTOPROCESSO : "ACCOGLIENZA"

Riferimento diretto: PO05 Procedura Organizzativa di Accoglienza

Descrizione

Il processo di accoglienza in una Unità Operativa e/o Servizio Sanitario, è un momento fondamentale perché determina la relazione tra cittadino - operatore - struttura.

La comunicazione è il principale strumento, individuale o collettivo, per vivere nell'ambiente sociale e naturale. Una comunicazione chiara, lineare, trasparente permette lo sviluppo di un rapporto di fiducia necessario alla persona per esprimere i propri bisogni, consente agli operatori di elaborare risposte adeguate.

L'Azienda si impegna anche a garantire maggior attenzione nella gestione delle persone vulnerabili/fragili. identificati nelle seguenti categorie:

- Anziano ultra sessantacinquenne con patologie croniche o psichiatriche, non autosufficiente e con barriere culturali/sociali
- Paziente oncologico, terminale
- Paziente psichiatrico in trattamento sanitario obbligatorio
- Bambino, soggetto con età inferiore ai 18 anni, rappresentato dal tutore

- Disabile fisico, psichico parziale o totale
- Donne in gravidanza a rischio
- Stranieri con barriere linguistiche/culturali

La comunicazione è necessaria non solo al fine di Identificare il Sistema di Bisogni del Paziente ma al tempo stesso per garantire l'efficacia, l'efficienza e la qualità dei servizi erogati oltre che al rispetto delle disposizioni normative (aspetto amministrativo).

Per questo motivo particolare attenzione deve essere posta al trattamento delle informazioni del Paziente e della Famiglia nel rispetto delle disposizioni normative in tema di Privacy. Altro aspetto rilevante la vera e propria funzione di "filtro" nei confronti di tutti quei Soggetti che puntano a un uso indiscriminato finanche fraudolento dei servizi erogati dalla Pubblica Amministrazione: ne consegue nel presente ambito un passaggio fondamentale con l'opportuna verifica dei dati anagrafici comunicati e con l'opportuno incrocio con informazioni documentali

L'Accoglienza del Paziente identifica tre momenti salienti:

- Accoglienza
- Presa in Carico
- Dimissione

Accoglienza

Il Paziente viene accolto nel Reparto e viene informato delle caratteristiche della Struttura Ospedaliera presso la quale è ospitato: ruoli, equipe, operatori, procedure organizzative di interesse ecc.; sono a riguardo stati previsti degli opuscoli informativi, disponibili in varie lingue, al fine di agevolare e supportare tale momento informativo.

In tale fase si colloca una prima analisi del Paziente volta a identificarlo e inquadrarlo eventualmente nelle categorie di Pazienti con particolari vulnerabilità o rischi (per esempio rischio cadute).

Un ulteriore momento essenziale è dato dall'Acquisizione del Consenso al Trattamento Dati nonché l'identificazione dei Soggetti autorizzati a ricevere informazioni sulle condizioni di salute (è previsto un apposito modulo che diviene parte integrante della Cartella Clinica).

A tale riguardo devono essere garantite al paziente le informazioni sulle modalità di comunicazione dell'aggiornamento dello stato di salute indicando almeno alcuni momenti fissi di comunicazione. In caso di intervento chirurgico o accertamento diagnostico complesso, verrà data informativa entro e non oltre 12 ore dall'intervento.

Per maggior approfondimento si veda l'Istruzione Operativa IO05-01, con riferimento invece alle Modalità di Accettazione Sanitaria e Amministrativa si faccia riferimento all'Istruzione Operativa IO05-02.

2.a) Presa in Carico

La "Presa in Carico del Paziente" produce l'apertura formale della Cartella Clinica relativa, e la successiva visita da parte dell'Equipe Medica e Infermieristica. Ogni Equipe stabilisce i criteri per la valutazione del Paziente in base allo stato di salute.

Durante la degenza il Paziente è sempre accompagnato dal personale di servizio in caso di erogazione di prestazioni.

Come da indicazione della Procedura Organizzativa PO09 si rende necessaria la acquisizione del consenso informato previa esecuzione di ogni procedura, oltre al dovuto supporto informativo relativo sia all'iter diagnostico che alle condizioni evolutive della patologia.

In correlazione con la disponibilità e il trattamento delle informazioni, l'organizzazione degli orari di visita e delle relative eccezioni alle normali disposizioni per casi particolari.

2.b) Dimissione

In tale fase gli Operatori sono chiamati a fornire al Paziente informazioni relative:

- agli esiti dei Trattamenti ricevuti;
- i consigli terapeutici dopo le dimissioni;
- indicazioni su accertamenti e controlli successivi con relativa prescrizione e prenotazione di quelli già identificabili;
- indicazioni su terapie farmacologiche per il proseguimento della Terapia;
- consigli di autocura;
- riferimenti per eventuali contatti con il reparto;
- informazioni e consigli riguardo gli stili di vita;
- informazioni e consigli riguardo i servizi sociali esterni;
- informazioni di accesso al servizio di Farmacia interna all'Ospedale;
- informazioni su modalità e tempi di richiesta per ottenimento della Cartella Clinica;
- consegna di un opuscolo informativo (ogni U.O. ne elabora uno specifico);

In fase di dimissione sono altresì consegnati al Paziente i seguenti documenti:

- Lettera di Dimissione ovvero Relazione Clinica informativa per il Medico Generico / Pediatra;
- Documentazione Clinica, nel caso venga consegnata dal Paziente al momento del suo ingresso;

Obiettivi

Date le premesse sopra riportate, appare evidente ed essenziale il perseguimento di obiettivi quali: la garanzia della privacy del paziente, la comunicazione efficace di informazioni di orientamento, la tendenza a minimizzare i disagi percepiti adottare un efficace ascolto e percezione delle esigenze palesate e non, nonché delle attese del Paziente; comprendere le interdipendenze (e/o le indipendenze) caratterizzanti il Sistema dei Bisogni del Paziente (fondamentale per definire la migliore azione o il migliore Sistema di Azioni in Risposta), prestare particolare attenzione a eventuali categorie di Pazienti (precedentemente individuate) per i quali è necessario usare particolari precauzioni ma al tempo stesso procedere con particolari protocolli e azioni per soddisfare esigenze specifiche (meccanismi di automazione precedentemente stabiliti).

Costituiscono obiettivi specifici nell' ambito del CEC la verifica e il controllo della documentazione e delle informazioni comunicate dal paziente (prevenzione di abusi nell'accesso ai servizi della Pubblica Amministrazione).

Campo di Applicazione

Costituiscono l'ambiente di riferimento il complesso di tutte le UU.OO. e Servizi Clinico/Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema.

3) SOTTOPROCESSO : "CONSENSO INFORMATO"

Riferimento Diretto: PO09 Procedura Organizzativa Consenso Informato

Descrizione

Presupposto Fondamentale è che la Persona Cosciente e Capace che tuttavia si trova nella condizione di necessitare di Cure Mediche, Non può essere Sottoposta Passivamente a qualsiasi Trattamento Sanitario.

Ogni Singolo Accertamento Diagnostico, Terapia, finanche qualsivoglia Intervento Medico – anche se necessario e indifferibile – non potrà essere effettuato se non con Valido Consenso della persona interessata, dopo aver ricevuto idonee informazioni e sufficienti elementi di valutazione nei riguardi del trattamento e agli eventuali rischi a esso correlati.

Si viene così a escludere definitivamente l'autolegittimazione dell'attività medica in virtù dell'utilità sociale comunemente riconosciuta.

Tale affermazione trova pieno riscontro nelle fonti da cui il Consenso Informato trova legittimazione:

- Costituzione;
- Disposizioni Normative;
- Codice Deontologico Medico;
- Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea;

Da sottolineare come sia parte integrante e imprescindibile del Consenso Informato, il Corpo Informativo che lo precede.

Eticamente, il Consenso Informato non è da inquadrare come momento di appesantimento burocratico potenziale fonte di conflitto nel rapporto Medico-Paziente; al contrario esso rappresenta il momento in cui "l'Alleanza Terapeutica" tra Medico e Paziente trova pieno coordinamento al fine di affrontare nel modo più corretto ed efficace la malattia condividendo le decisioni fondamentali che caratterizzano il PDTA.

Il momento culminante di tale processo è rappresentato dalla Firma dell'apposito modulo del Consenso Informato.

Da ricordare ancora una volta l'imprescindibilità tra Consenso e Informazione: anche se su uno dei tanti Moduli Ospedalieri è stata apposta la firma del Paziente, ciò non solleva Eticamente, Deontologicamente e soprattutto Giuridicamente, il Medico da alcun tipo di Responsabilità legata all'Assenza di un Corretto Processo Informativo volto a garantire informazione, formazione e trasparenza; anche se è stata apposta una firma da parte del Paziente prima dell'effettuazione di un intervento terapeutico.

Obiettivo

Scopo fondamentale porre il Paziente nelle migliori condizioni conoscitive la fine di poter prendere decisioni in piena autonomia in merito al trattamento diagnostico/terapeutico suggerito dal Medico, alle eventuali alternative comprensive della facoltà di non ricorrere ad alcun tipo di trattamento.

Campo di Applicazione

Tutte le Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema.

4) SOTTOPROCESSO : "GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA"

Riferimento Diretto: IOO07/03 Istruzione Operativa Gestione delle Liste di Attesa

Descrizione

Le Liste di Attesa in oggetto sono relative ai Ricoveri Programmati e agli accessi di chirurgia a bassa complessità e macroattività ambulatoriale.

Ricovero Programmato - Nozione

Per Ricovero Programmato si intendono le fattispecie di:

- Ricovero in Regime Ordinario;
- Ricovero in Regime di Day-Hospital;

Il Concetto di "Programmazione" del Ricovero afferisce alla possibilità, una volta definite e accertate le Condizioni Cliniche del Paziente e/o i Trattamenti cui dovrà essere sottoposto, di postergare in un momento successivo a quello contestuale, l'erogazione delle prestazioni sanitarie di Ricovero e Trattamento.

Di capitale importanza a tal riguardo la definizione dei requisiti, quale fondamentale misura atta ad affrontare in modo sistematico il tema della Gestione delle Liste di Attesa per Ricoveri Ospedalieri Programmati.

I Criteri – Il Livello di Priorità Clinica

I Criteri di determinazione del Livello di Priorità Clinica devono essere aprioristicamente definiti e declinati nelle diverse Tipologie di Ricovero o Intervento che presentino Liste di Attesa. L'A.O. "Ospedale Maggiore di Crema" ha stabilito Criteri Generali a livello di Struttura Ospedaliera, demandando ai singoli Direttori l'identificazione delle fattispecie specifiche dei singoli Dipartimenti e Reparti.

I Criteri di Priorità devono in ogni caso avere quale fondamento le Caratteristiche Cliniche del Quadro Patologico presente.

Da quanto riportato emerge un'importante considerazione: uno stesso intervento può avere priorità differenti a seconda della gravità della patologia.

L'assegnazione della Priorità è di spettanza del Medico di Reparto proponente il Ricovero.

Sono ammesse eccezionalmente variazioni purché con indicazione del Medico Responsabile della Variazione dandone adeguata Motivazione.

Gestione Liste di Attesa - Cronologia

Oltre che a una adeguata classificazione dei Livelli di Priorità, è fondamentale il trattamento della Cronologia di Iscrizione nelle Liste di Attesa nonché il trattamento degli eventi correlati. Costituisce presupposto fondamentale a un adeguato funzionamento di un Sistema di Gestione dei Ricoveri Programmati la registrazione della data di prenotazione: da intendere come la data nella quale la richiesta di ricovero è pervenuta all'operatore addetto all'accettazione delle prenotazioni.

Gestione Liste di Attesa – Risorse necessarie

Una importante classe di elementi che condizionano notevolmente la Gestione delle Liste di Attesa, è data dalla presenza di Risorse, qui intese come:

- Risorse Specifiche (Posti Letto in Terapia Intensiva Postoperatoria, Sala Operatoria ecc.);
- Risorse legate alla Programmazione dell'Attività Chirurgica (ovvero il complesso di risorse qualificate per quella specifica attività, come: Operatori, Attrezzatura Diagnostiche ecc.);

Come è facilmente intuibile, la disponibilità di tali classi di risorse condiziona notevolmente la Gestione delle Ricoveri Programmati e delle relative Liste.

Gestione Liste di Attesa – Libera Professione

Un importante chiarimento è d'uopo fare in tema di Attività Libero Professionali:

tali attività sono garantite sia mediante Liste di Attesa ma tali liste sono totalmente sparigliate dall'Attività Istituzionale senza cioè che possano produrre alcun effetto sui Criteri di Ordine e di Equità.

Gestione Liste di Attesa – Trasparenza

Un principio fondamentale e di ampia portata è certamente dato dalla Trasparenza.

La costituzione e la gestione dinamica di un canale informativo costante con il Paziente è presupposto fondante i più generali principi di Efficacia e Qualità dell'agire d'Azienda.

Al momento dell'Iscrizione del Paziente nella Lista d'Attesa vengono contestualmente fornite indicazioni in merito le modalità di gestione della stessa nonché riguardo gli interlocutori e le procedure organizzative nelle varie fasi del Processo.

Gestione Liste di Attesa

La Gestione delle Liste di Attesa avviene attraverso l'ausilio di Software Centralizzato.

Obiettivi

Costituiscono obiettivi fondamentali del presente Sottoprocesso:

- Garantire l'Equità nell'accesso alle prestazioni di Ricovero Programmato attraverso:
 - la definizione dei Criteri di Priorità;
 - Criteri di Oggettività nella raccolta dei dati;
 - Modalità per una chiara individuazione delle Responsabilità;
- Garantire la Trasparenza nella Gestione delle Liste di Attesa dei Ricoveri;
- Garantire l'Ordine di effettivo accesso alle prestazioni di Ricovero Programmato attraverso fattori quali:
 - Il Livello di Priorità Clinica;
 - L'Ordine Cronologico di Iscrizione nella Lista;
 - Le Risorse Necessarie;
- Garantire il supporto all'attività di Programmazione Aziendale con l'obiettivo di:
 - Migliorare il Livello di Accessibilità ai Ricoveri Programmati attraverso la progressiva riduzione dei tempi di attesa;
 - Favorire l'Ottimizzazione delle Risorse Aziendali;
 - Sviluppare uno strumento che permetta alle UU.OO. una efficace ed efficiente comunicazione con i Servizi di Pre-Ricovero e Accettazione Ospedaliera;
 - Fornire alla Direzione uno strumento efficace ai fini della Verifica e Programmazione;

Campo di Applicazione

Tutti i professionisti che gestiscono le liste d'attesa.

5) SOTTOPROCESSO : "RICOVERO E DIMISSIONE"

Riferimento Diretto: PO07 Procedura Organizzativa di Ricovero e Dimissione

Descrizione

Il presente Sottoprocesso si compone delle modalità di Accesso al Ricovero Ospedaliero, le modalità di Conduzione degli iter Diagnostico-Terapeutici nonché le modalità di Dimissione.

E' possibile suddividere il presente Sottoprocesso in alcune Fasi distintive:

- Identificazione del Paziente;
- Accettazione;
- Iter Diagnostico-Terapeutico (PDTA?);
- Rilascio di Permessi Brevi;
- Comunicazioni Verbali;
- Dimissione;
- Dimissioni Volontarie;

Osservazione

Come si può notare, quanto descritto come Fase può talvolta presentare coincidenze con i Sottoprocessi: si faccia il caso dell'Accettazione.

Al fine di non generare confusione è bene specificare che il problema di tali inquadramenti è un problema di "punto di osservazione". Proseguendo l'esemplificazione, "l'Accoglienza" giustamente è trattata come Sottoprocesso. Tuttavia in questa sede abbiamo in analisi un Sottoprocesso vasto e fortemente interdipendente, il "Ricovero e Dimissione": al fine di descriverlo adeguatamente e interamente è necessario inserire e inquadrare opportunamente tutto ciò ad esso legato.

Accettazione

Sono individuabili tre fondamentali classi di Accettazioni:

- Ricovero Programmato;
- Ricovero Urgente;
- Ricovero per Trasferimento da altre Organizzazioni;

Ricovero Programmato

A sua volta suddivisibile in:

- Ordinario
- Day Hospital

Di norma il procedimento prende avvio con l'arrivo del Paziente, inviato a sua volta dal Medico di Medicina Generale, a uno Specialista in Ambulatorio. Successivamente il Paziente viene inserito nelle Liste di Attesa (la Gestione delle Liste di Attesa costituisce un Sottoprocesso a sé ed è supportato dalla Istruzione Operativa IOO07-03). In caso di necessità inoltre, nel periodo immediatamente antecedente il Ricovero, vi è l'attivazione del Servizio di Pre-Ricovero Chirurgico.

L'elenco dei Pazienti da Ricoverare viene quindi inviato all'Ufficio Spedalità per l'espletamento delle pratiche amministrative.

Va inoltre segnalato come ogni Unità Organizzativa ha previsto criteri e regole di Ricovero Programmato specifiche.

Dimissione

La dimissione avviene, di norma, al termine dell'iter diagnostico terapeutico programmato per il paziente ed è accompagnata da adeguata informazione mediante la lettera di dimissione (IO07-01 Dimissioni pianificate). La dimissione deve tenere conto del grado di autonomia del paziente ed in tal senso è prevista:

- La dimissione a domicilio con indicazione di terapie e follow up
- Il trasferimento presso strutture di riabilitazione
- Il trasferimento presso RSA
- L'attivazione di servizi territoriali
- Il trasferimento presso altra struttura per acuti per cure non erogate in azienda

Le U.O. devono farsi carico anche di comunicare all'ufficio amministrativo l'avvenuta dimissione

Obiettivi

Il presente sottoprocesso definisce le modalità di conduzione degli iter diagnostico - terapeutici e le modalità di dimissione.

Lo scopo è di assicurare risposte sanitarie integrate fra le diverse professionalità e i dipartimenti, adeguando strumenti organizzativi e gestionali al percorso diagnostico - terapeutico del paziente mediante:

- l'equità di accesso ai servizi di ricovero;
- la tempestività delle risposte ai bisogni assistenziali;
- la qualità delle prestazioni erogate;

- la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure;
- l' erogazione delle prestazioni in ambienti adeguati, confortevoli e sicuri;
- il miglior utilizzo delle risorse.

Campo di applicazione

Unità operative di degenza – servizio di Pre - ricovero Chirurgico – Pronto Soccorso – Servizi Diagnostici

6) SOTTOPROCESSO : "AMBULATORIALE"

Descrizione

Il sottoprocesso rappresenta tutte le prestazioni ambulatoriali che l'Azienda eroga in conformità alle normative nazionali e regionali. Di norma le prestazioni ambulatoriali vengono richieste dai MMG (Medici di Medicina Generale) Pediatri di Libera scelta, medici specialisti. L'attività di prenotazione è garantita da un CUP (Centro Unico di Prenotazione). Al momento dell'accesso del cittadino nella sede dedicata all'attività ambulatoriale, si svolge l'accoglienza con l'accompagnamento attraverso le fasi di accettazione informatizzata. Al momento dell'erogazione della prestazione ambulatoriale il personale accompagna il cittadino nei diversi momenti di permanenza nella sede ambulatoriale: dalla gestione amministrativa alla erogazione della prestazione sanitaria.

6.a) DIURNA (0-1 giorno):

I CHIRURGICO BASSA COMPLESSITA' (BIC): Attività chirurgica ambulatoriale a bassa complessità operativa e assistenziale

II MEDICO DIURNO (MAC) Macroattività ambulatoriale ad alta complessità riferita in particolare all'area medica.

Queste due attività ambulatoriali sopra descritte richiedono maggior impegno assistenziale e prevedono la possibilità di permanenza di 0-1 giorno in sede ospedaliera. Si svolgono in aree dedicate secondo percorsi diagnostico-terapeutico e amministrativi ben organizzati e definiti.

6.b) AMBULATORIALE SEMPLICE

Sono le prestazioni che vengono erogate in ambulatori dedicati e svolte da specialisti dell'Azienda. La prestazione viene erogata, a seguito di richiesta del MMG, Pediatra di libera Scelta e specialista, dopo l'avvenuta prenotazione, all'erogazione viene rilasciata una documentazione sanitaria (referto) utile per garantire l'inizio o la prosecuzione delle cure.

Obiettivi

Garantire a tutti i cittadini:

- o pari opportunità di accesso alle prestazioni ambulatoriali in modo trasparente ed equo attraverso una comunicazione chiara, completa;
- o l'erogazione delle prestazioni in ambienti adeguati, confortevoli e sicuri;
- o una presa in carico del problema di salute.

Campo di applicazione

Tutti i cittadini che necessitano di prestazioni ambulatoriali

7) SOTTOPROCESSO : "GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA"

Riferimento Diretto: PO01 Procedura Organizzativa di Gestione Cartella Clinica

Descrizione

La Cartella Clinica rappresenta il fondamentale strumento di riferimento nell'erogazione dei servizi sanitari. In essa infatti convergono le descrizioni del Processo di Diagnosi, di Trattamento, di Cura dei Pazienti ricoverati nell'Azienda "Ospedale Maggiore" di Crema.

Il Sottoprocesso qui descritto si propone il governo di tale strumento.

La Cartella Clinica – Nozione

Si definisce Cartella Clinica lo strumento informativo individuale finalizzato a documentare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche relative al Ricovero Ospedaliero del Paziente.

Parlando di Pazienti va sottolineato come la Cartella Clinica sia l'elemento più vicino e caratterizzante: un vero e proprio strumento informativo del Paziente e per il Paziente anche se l'effettivo utilizzo e gestione è in capo a Medici, Infermieri, Terapisti e, più in generale, Operatori Autorizzati all'intervento nel Piano di Cura (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: OSS).

La Cartella Clinica rappresenta non solo uno strumento rilevante ai fini della corretta erogazione dei Servizi infatti, al contempo, costituisce l'Atto Ufficiale indispensabile alla Garanzia della certezza del Diritto. Più in particolare, assume la rilevanza giuridica di un atto

pubblico di fede privilegiata, inalienabile e indisponibile nonché di Certificazione Amministrativa degli obiettivi in essa riportati.

In ultimo.

L'Azienda avendo definito la tipologia di informazioni necessarie ai fini della valutazione del Paziente, della tempistica delle valutazioni e rivalutazioni in merito all'evoluzione della situazione clinica del Paziente; configura come rilevante la Documentazione Sanitaria (di cui la Cartella Clinica ne rappresenta massima espressione) in qualità di strumento di prevenzione del Rischio Clinico.

La Cartella Clinica – Gestione

La Gestione della Cartella Clinica prevede tre cardini:

- la definizione dei Contenuti Minimi;
- la configurazione di specifici Format;
- il rispetto dei Requisiti di Compilazione (Principi);

I Contenuti Minimi sono puntualmente indicati nella Istruzione Operativa IOO01/03 "*Politica della Cartella Clinica – Ricovero Ordinario e Urgente*"

I Contenuti minimi si completano con elementi più specifici ravvisabili in appositi Format propri di ogni UU.OO.: ogni singola UU.OO. presenta un suo specifico Format.

Ogni Format di Cartella Clinica deve essere approvato dalla Direzione Medica di Presidio.

Data la delicatezza dello Strumento, oltre che a prevedere dei Contenuti Minimi nonché appositi Format (al fine di una perfetta taratura sulla U.O. specifica), sono altresì previsti specifici Requisiti di Compilazione.

I Requisiti di Compilazione sono dei veri e propri principi di riferimento:

- **Rintracciabilità**
- **Chiarezza**
- **Veridicità**
- **Pertinenza**
- **Completezza e Precisione**
- **Cronologia**

7.a) Rilascio documentazione sanitaria

Per il rilascio delle documentazione sanitaria le modalità operative sono descritte nella IOO01/01 "Istruzione operativa modalità di rilascio, consultazione, circolazione della documentazione sanitaria"

Obiettivi

Il presente Sottoprocesso individua quali obbiettivi fondamentali:

- La Garanzia di Continuità del Trattamento del Paziente lungo il Percorso Diagnostico Terapeutico a partire già dalla Programmazione degli stessi;
- Garanzia di efficacia nella Comunicazione tra gli Operatori;
- Garanzia di completa documentazione del Decorso e della Degenza di ogni Ricovero Ospedaliero;
- Garanzia di Valutazione dell'Assistenza Sanitaria;
- Garantire la Costituzione di una Base Dati con finalità di Ricerca, Formazione ed Educazione Sanitaria per gli stessi Operatori;
- Garanzia di rispetto e di tutela degli Interesse Etici dei Pazienti;
- Garanzia di Tutela Legale per Pazienti, Operatori e per la stessa A.O. ;
- Garantire un efficace ed efficiente Sistema di Circolazione, Custodia, Archiviazione e Conservazione della Cartella Clinica;

Data la particolare natura di tale Strumento, costituisce il campo di applicazione di riferimento il complesso di tutte le UU.OO. di Degenza e Direzione Medica.

La Responsabilità relativa al Sottoprocesso coincide con lo stesso campo di applicazione testé menzionato: la linea di responsabilità coincide pertanto con le posizioni organizzative apicali individuabili nel complesso delle UU.OO. di Degenza e Direzione Medica.

Campo di applicazione

Tutte le UU.OO. di Degenza e Direzione Medica della A.O. "Ospedale Maggiore" di Crema

8) SOTTOPROCESSO : "GESTIONE SICUREZZA E RISCHIO"

Riferimento Diretto: PO04 Procedura Organizzativa

La gestione della sicurezza del paziente comprende diverse aree e attività.

Il sottoprocesso "Gestione sicurezza e rischio" trova la sua gestione e controllo del rischio clinico, organizzativo, strutturale e tecnologico dell'Azinda nella PO04.

Di seguito vengono descritte alcune aree e attività al fine di chiarire le modalità di gestione dei diversi ambiti.

Descrizione

8.a) Identificazione del Paziente

Tale Fase è immediatamente successiva all'Accettazione Amministrativa (a sua volta descritta dall'Istruzione Operativa IO005-02). In questa Fase avviene l'Identificazione tramite generazione di apposita Etichetta Identificativa riportante dati identificativi del Paziente (Anagrafica) e della relativa Cartella Clinica (Numero Nosologico), a cui faranno riferimento tutti i successivi Servizi erogati. Tale Etichetta Identificativa rappresenta il collegamento informativo tra Documentazione del Paziente (raccolta nell'Accettazione Amministrativa), Cartella Clinica del Paziente, Campioni, Referti.

Una più ampia e approfondita trattazione relativa all'Identificazione del Paziente è rinviata al relativo Sottoprocesso successivamente trattato (Sottoprocesso 1.7: "Identificazione del Paziente" e relativa Istruzione Operativa IO007-02).

8.b) Prevenzione errori sala operatoria

La PO11 "*Procedura Organizzativa di prevenzione degli errori di: identificazione paziente, procedura chirurgica, sede di intervento*", definisce le modalità di gestione del paziente sottoposto a procedura chirurgica per una "chirurgia sicura".

Lo Scopo della procedura è la prevenzione degli errori di identificazione del paziente, errori della procedura chirurgica attraverso l'implementazione della check list per la sicurezza in sala operatoria.

Obbiettivo Generale è l'adozione di strumenti organizzativi e procedurali atti a prevenire la presenza di errori nei tre ambiti fondamentali identificati ovvero:

- Errori di "Identificazione Paziente";
- Errori di "Sede di Intervento";
- Errori di "Procedura Chirurgica";

A tal fine si individua quale soluzione principale la definizione e l'implementazione dell'uso di "Check List" per la sicurezza in Sala Operatoria.

L'ambito di applicazione è costituito dal generico insieme di tutti i Pazienti del Comparto Ospedaliero nel suo complesso.

8.c) Prevenzione cadute

La PT16 "Procedura tecnica di prevenzione delle cadute in ambiente ospedaliero" ha lo scopo di:

- garantire ai pazienti la messa in atto di azioni di prevenzione delle cadute e delle quasi cadute
- fornire alle Unità Operative elementi utili a prevenire le cadute attraverso una puntuale valutazione del paziente sin dall'ingresso
- fornire alle Unità Operative elementi utili a prevenire le cadute mediante l'individuazione precoce dei fattori ambientali

Costituiscono obiettivi fondamentali:

- o Porre in essere azioni di prevenzione delle Cadute e delle Quasi Cadute al fine di garantire i Pazienti in ambiente ospedaliero;
- o Dotare le Unità Operative di strumenti atti alla prevenzione delle Cadute attraverso una puntuale valutazione del Paziente sin dall'Ingresso;
- o Fornire alle Unità Operative strumenti di prevenzione Cadute mediante anche l'individuazione precoce di fattori ambientali;

L'ambito di applicazione è costituito dal complesso di tutti i Pazienti Adulti, con esclusione quindi dei Pazienti Pediatrici, e dei Degenti nelle UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore Crema.

8.d) Prevenzione infezioni correlate alla assistenza

Numerose sono le iniziative messe in atto per la **prevenzione delle infezioni**, di seguito indicate:

- **gestione delle multi resistenze agli antibiotici e prevenzione della diffusione di malattie infettive emergenti:** segregazione nei casi di epidemia da Norovirus e da Clostridium difficile, dei pazienti colonizzati o infetti da Stafilococco aureo meticillinoresistente e pazienti colonizzati/infetti da microrganismi resistenti ai carbapenemici;
- infezioni del **sito chirurgico**, mediante la corretta somministrazione dell' antibiotico profilassi (farmaco giusto, al tempo giusto);
- prevenzione delle **sepsi** in ospedale;
- prevenzione delle **polmoniti** nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica;
- prevenzione delle infezioni degli **accessi venosi** in emodialisi;

- controllo della contaminazione degli impianti acqua/aria da **legionella** (con risultati di contaminazione inferiori agli standard minimi di contaminazione);
- rispetto dei limiti di potabilità delle acque per uso ospedaliero;
- introduzione e verifica delle procedure di **lavaggio delle mani** anche mediante politiche di coinvolgimento dei pazienti e degli operatori per il corretto lavaggio delle mani;

La procedura PO18 e il programma del C.I.O. vengono sviluppati all'interno di tutte le UU.OO. e servizi aziendali.

8.e) Prevenzione degli errori e delle reazioni trasfusionali (AB0)

PO06 PROCEDURA ORGANIZZATIVA DEL PERCORSO DELLA TRASFUSIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI (EMC)

Descrizione

Il percorso della trasfusione di sangue ed emoderivati viene gestito attraverso l'implementazione della PO06.

Lo scopo è di garantire i pazienti che hanno la necessità di essere trasfusi e fornire nel contempo, un valido supporto a medici e infermieri dei reparti clinici, nell'utilizzo di emocomponenti nell'ambito dello svolgimento delle attività assistenziali.

Costituiscono obiettivi fondamentali:

- garantire l'emocomponente "giusto" al paziente "giusto"
- indurre una formulazione di diagnosi più mirate che comportino la scelta della terapia trasfusionale più idonea per le patologie in atto
- migliorare le conoscenze sugli emocomponenti disponibili per uso clinico e sulle loro caratteristiche ed indicazioni all'uso
- ridurre l'uso inappropriato di emocomponenti e di conseguenza anche i rischi trasfusionali connessi
- diminuire la spesa per il servizio sanitario regionale ed ottimizzarla
- uniformare il procedimento trasfusionale nelle diverse UU.OO.

8.f) Gestione sicura dei trasporti sanitari

La PO14 PROCEDURA ORGANIZZATIVA per la Gestione dei Trasporti Sanitari descrive le modalità di trasporto dei pazienti:

1. secondario urgente
2. trasporto ordinario (no urgenze per accertamenti e ricoveri non urgenti).

La procedura aziendale serve a garantire al paziente che deve essere trasferito, da un presidio ospedaliero aziendale ad altro presidio aziendale o a presidi ospedalieri di altre aziende regionali, nazionali e internazionali, il mantenimento degli standard di cura e assistenza erogati nel reparto di provenienza per tutto il tragitto che deve compiere a bordo dell'ambulanza, eliambulanza e aereo fino alla destinazione finale.

La seguente procedura risponde ai requisiti tecnico e organizzativi per lo svolgimento del Servizio di Trasporto Sanitario come previsto nell'allegato 1.2 della Dgr IX/3542 del 30 maggio 2012 nonché risponde alla Raccomandazione Ministeriale n.11/2010.

Tutto il personale impegnato nei trasporti/trasferimenti secondari opera secondo professionalità specifica attenendosi a protocolli clinici, organizzativi e assistenziali dell'Azienda.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in Pronto Soccorso e a tutte le UU.OO. dell'azienda nel momento in cui si renda necessario il trasferimento/trasporto di un paziente per eseguire ricovero, diagnostica, consulenza o terapia, all'esterno dell'ospedale.

Gli obiettivi fondamentali di questo sottoprocesso garantiscono la gestione della sicurezza e la prevenzione dei rischi per i pazienti che accedono alla nostra struttura.

Come descritto nei singoli paragrafi gli obiettivi riguardano la corretta identificazione del paziente, la prevenzione di:

- errori in sala operatoria
- cadute
- infezioni correlate all'assistenza sanitaria
- degli errori e delle reazioni trasfusionali (ABO)

e la gestione sicura dei trasporti sanitari.

Obiettivi

Il presente sottoprocesso garantisce che in Azienda siano previste:

- l'individuazione dei rischi, la valutazione del rischio, la predisposizione e l'applicazione di misure di prevenzione dei rischi, la misura e la revisione dei risultati, la predisposizione di azioni preventive e correttive e la loro attuazione, nonché una valutazione dell'efficacia delle misure adottate;
- le responsabilità della gestione dei rischi

Campo di applicazione

Tutte le UO (reparti ed i servizi) di tutte le aree dell'Azienda

PROCESSO: GESTIONE E SMALTIMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI

Premessa

Anche in questo processo e' stata eseguita la Analisi dei rischi del processo, per gli aspetti pertinenti all' ambito contemplato dal Codice Etico Comportamentale.

Sono state valutate le fasi del processo di seguito indicate, dettagliate nel documento "Analisi dei rischi, gap analysis, indicazioni per la gestione del rischio in applicazione del codice etico comportamentale" rev. 01 del 6/10/2010 della Direzione Medica di Presidio, condotta con la metodologia FMECA.

Si specifica che il presente processo coinvolge sia l'Area Amministrativa quanto l' Area Sanitaria, è comunque possibile raggruppare unitariamente in un unico processo la descrizione dell' attività: "Gestione e smaltimento dei Rifiuti Ospedalieri".

Si descrive di seguito un quadro generale delle peculiarità, desunte dalle procedure di sistema qualità esistenti.

Riferimento Diretto: PO13 Procedura Organizzativa Aziendale per la Gestione dei Rifiuti

Descrizione

La presente procedura regola la gestione complessiva della produzione, raccolta, confezionamento, stoccaggio e conferimento dei rifiuti prodotti nella Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema.

I rifiuti si suddividono in:

RIFIUTI SANITARI (SO13/01) gestiti dalla UO Direzione Medica di Presidio con il concorso della UO Direzione Amministrativa di Presidio;

RIFIUTI NON SANITARI (SO13/02) gestiti dall'U.O. Acquisti e Servizi Alberghieri, dall'U.O. Tecnico Patrimoniale e dall'U.O. Sistema Informativo Aziendale.

Obiettivo

Obiettivi primari:

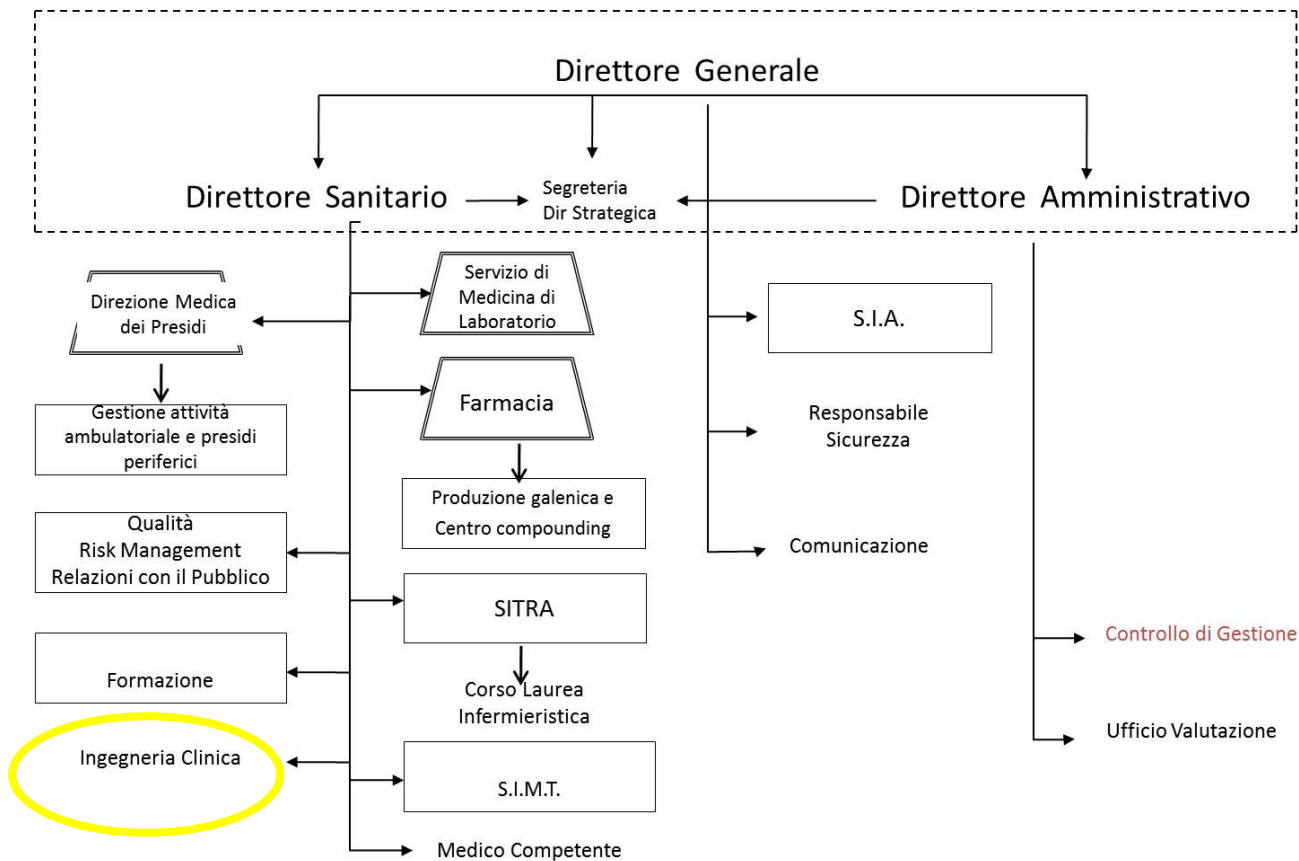
- 1) prevenzione e controllo delle Infezioni Ospedaliere e degli infortuni;
- 2) corretta raccolta, confezionamento, trasporto, smaltimento dei rifiuti sanitari mediante
 - a) classificazione dei rifiuti;
 - b) controllo della produzione, confezionamento, trasporto interno, stoccaggio, tichettatura, trasporto, smaltimento dei rifiuti prodotti;
 - c) formalizzazione di indicazioni operative per la raccolta, il deposito temporaneo e lo smaltimento dei rifiuti;

- d) definizione delle procedure di verifica sull'efficacia della raccolta differenziata in funzione:
- della prevenzione dei rischi per gli operatori
 - della prevenzione dei rischi per l'ambiente
 - del rispetto della normativa in materia
 - del controllo dei costi di gestione
- e) aumento della quota di rifiuti da destinare al riciclaggio e al recupero (raccolta differenziata), diffondendo una adeguata cultura orientata alla ottimizzazione dell'uso delle materie prime e del loro utilizzo
- f) standardizzazione e controllo della gestione amministrativa dei rifiuti.

Campo di Applicazione

Tutte le strutture della AO "Ospedale Maggiore" di Crema: Presidi, Poliambulatori, Punti prelievo, Servizi.

Processo: MANUTENZIONE E COLLAUDO APPARECCHIATURE MEDICALI E TECNICO ECONOMICI



DIREZIONE DI AFFERENZA: SANITARIA

Servizio di Ingegneria Clinica.

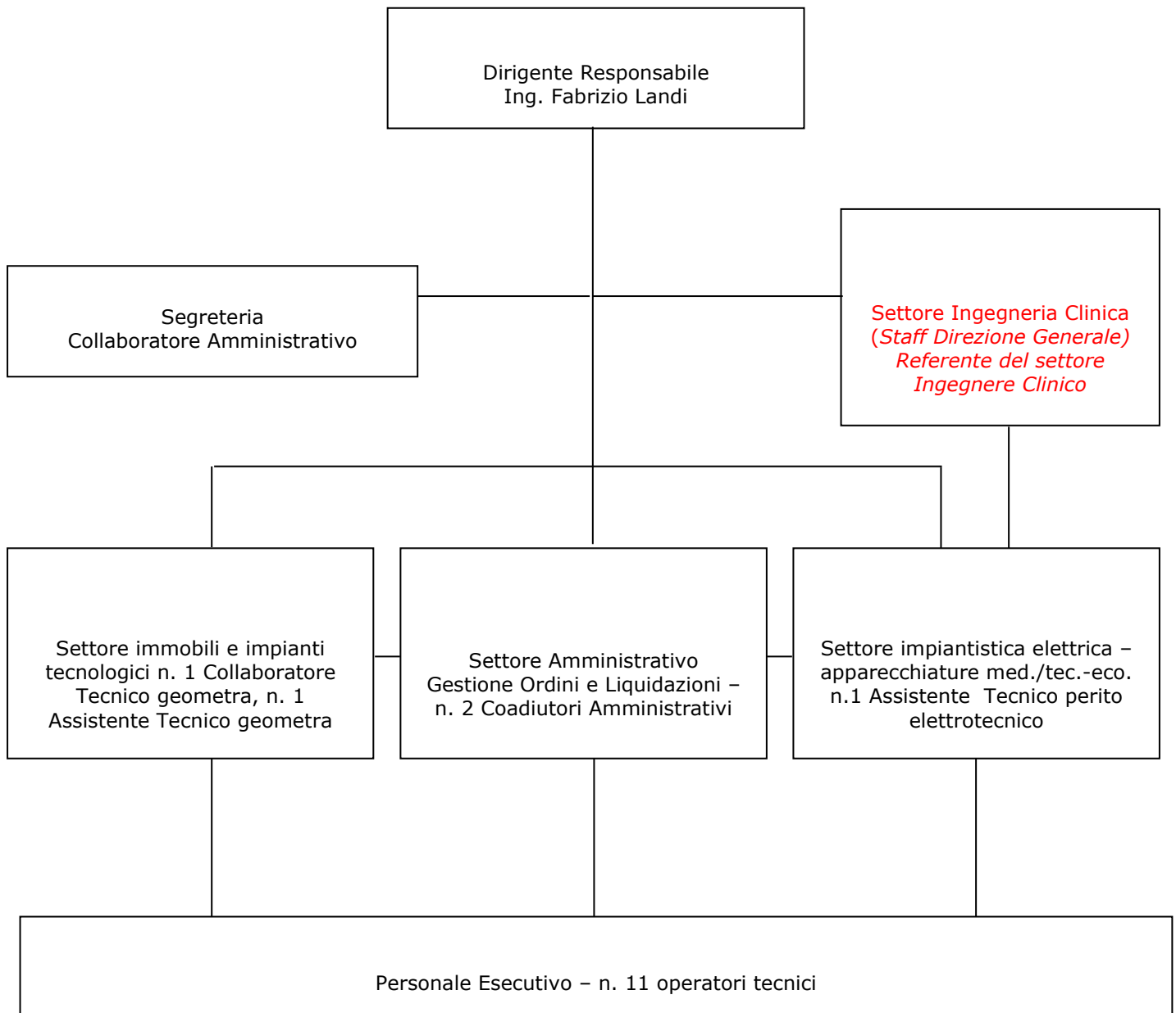
Il servizio si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso anche dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio assume un ruolo di supporto alla programmazione e valutazione acquisti, garantisce il controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, l'introduzione di nuove tecnologie, l'informazione sulle tecnologie in ambito sanitario e attività di ricerca.

Descrizione Attività

Nell'ambito della Gestione delle Apparecchiature Medicali e tecnico economali assicura: La gestione e manutenzione delle apparecchiature medicali e tecnico-economali dell'Azienda; l'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e su guasto, nonché delle verifiche periodiche affidandole a ditte esterne che siano qualificate e/o autorizzate dai manutentori; la messa fuori uso delle apparecchiature; La gestione dei contratti di manutenzione; Le procedure di collaudo, installazione ed addestramento all'utilizzo di nuove apparecchiature; La gestione della documentazione generata dai collaudi e dagli interventi sulle apparecchiature con la creazione del fascicolo per singola apparecchiatura; il Technology Assessment in collaborazione con la Direzione Medica e la Direzione Strategica; la conseguente elaborazione del Piano Annuale degli Investimenti in Attrezzature Medicali; la collaborazione con i Dirigenti Medici nella stesura delle caratteristiche tecniche per l'acquisto di nuove apparecchiature e nella valutazione delle offerte di apparecchiature in fase di gara; la collaborazione con i reparti sanitari nella revisione di procedure per assicurare l'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature medicali.

ORGANIGRAMMA

L'Organigramma Funzionale riporta nell'ordine gerarchico le singole figure professionali.



ANALISI DEI PROCESSI

ATTIVITÀ: **GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE MEDICALI E TECNICO ECONOMALI**

Processo analizzato:

MANUTENZIONE E COLLAUDO DELLE APPARECCHIATURE MEDICALI E TECNICO-ECONOMALI

Il Processo di Manutenzione e Collaudo delle Apparecchiature Medicali e Tecnico-Economali ha in capo tutte le attività inerenti la gestione, il mantenimento, le verifiche di tutti gli apparecchi medicali e tecnico-economici in possesso dell'Azienda Ospedaliera nonché il controllo economico delle spese di manutenzione ed il raffronto con il budget previsto.

Nell'ambito del processo di Manutenzione e Collaudo delle Apparecchiature Medicali e Tecnico-Economali, sono stati identificati e descritti i seguenti sotto-processi:

1. Manutenzione Apparecchiature in Contratto
2. Manutenzione a chiamata con Manutentori Autorizzati
3. Verifiche di sicurezza e di qualità dei parametri operativi
4. Controllo di Budget e Analisi della Spesa
5. Collaudo di apparecchiature medicali



SOTTOPROCESSO	SCHEDE DI SINTESI
a)Manutenzione apparecchiature in contratto	1.a.1 selezione apparecchiature e modalità di manutenzione 1.a.2 stipula dei contratti con i manutentori 1.a.3 controllo dell'operato delle ditte
b)Manutenzione a chiamata con manutentori autorizzati	1.b.1 selezione modalità di manutenzione 1.b.2 revisioni annuali programmate 1.b.3 manutenzione su guasto
c) Verifiche di sicurezza e di qualità dei parametri operativi	1.c.1 selezione modalità e tipologie di apparecchiature 1.c.2 programmazione delle verifiche e controllo svolgimento ed esecuzione 1.c.3 ripristino dell'integrità funzionale
d) Controllo di budget e analisi della spesa.	1.d.1 controllo periodico del budget assegnato 1.d.2 analisi della spesa a guasto annuale
e) Collaudo di apparecchiature medicali	1.e pianificazione ed esecuzione delle attività

Riferimenti:

D. lgs. 46/97 Recepimento della Direttiva Dispositivi Medici 93/42.

Sua successiva integrazione: Direttiva 2007/47/CE recepita con D. lgs. N. 37 del 25/01/10.

Decreto attuativo n. 332 dell'8/9/2000 Recepimento della Direttiva 98/79 Dispositivi Medico diagnostici in Vitro

IEC DIN EN 61010 – 1 recepita con la direttiva CEI 66-5 apparecchiature da laboratorio

CEI EN 60601 -1 e particolari Recepita da normative CEI 62-5 e particolari Apparecchi elettromedicali

D. lgs. 81/2001 Prevenzione Rischio e Sicurezza sui luoghi di Lavoro

Qualità Aziendale ISO 9000 : 2000 e ISO 13485 : 2004 (e successive revisioni)

Direttiva Macchine attuale 2006/42/CE del 17 maggio 2006

Direttive sulla Compatibilità Elettromagnetica: EMC 2004/108 CEE e successive modifiche

Direttiva sulla sicurezza elettrica dei prodotti (Bassa Tensione) BT 2006/95 CEE e successive modifiche

Sottoprocesso A : "Manutenzione Apparecchiature in Contratto"

SOTTOPROCESSO 1.a. Fase 1: SELEZIONE APPARECCHIATURE E MODALITA' DI MANUTENZIONE

A supporto di tutta l'attività di governo e manutentiva del parco apparecchiature medicali l'Azienda Ospedaliera ha adottato un'applicazione software di registrazione dell'anagrafica e degli interventi manutentivi di tutte le apparecchiature che viene mantenuto costantemente aggiornato e controllato.

Il settore Ingegneria Clinica ha recepito le linee di indirizzo storiche dell'Azienda Ospedaliera che sottopone a contratto tutte le apparecchiature radiologiche, di tecnologia ad alta complessità e frequenza di guasto rilevante, le apparecchiature di supporto alla vita del paziente o critiche per il tipo di utilizzo (sala operatoria, rianimazione) quali ventilatori polmonari, monitoraggi, defibrillatori, incubatrici, letti operatori, emogasanalizzatori, elettrobisturi; le apparecchiature di utilizzo continuato e con frequenze di guasto rilevanti con oneri elevati: apparecchiature per endoscopia digestiva; holter ecg, ecografi, sviluppatrici, riuniti dentistici.

La durata dei contratti di manutenzione è stata decisa essere generalmente di 2 anni sempre da indirizzo aziendale.

Al momento del rinnovo dei contratti il Settore Ingegneria Clinica verifica l'acquisizione di ulteriori apparecchiature il cui periodo di garanzia scade nel successivo biennio e la cui tipologia ricade nelle categorie sopra elencate. Inoltre valuta le indicazioni date in fase di acquisto dalla Ditta per particolari apparecchiature e valuta se si sono verificate situazioni particolarmente problematiche per apparecchiature non in contratto che per obsolescenza abbiano dato luogo ad una spesa a chiamata alta. Da questa multi-analisi scaturisce l'elenco delle apparecchiature per cui chiedere la stipula del contratto. Le modalità del contratto sono in genere le stesse di quello precedente. Sono possibili rimodulazioni in funzione della storia manutentiva registrata delle apparecchiature o della variazione del loro utilizzo; esempi di rimodulazioni sono variazioni del n. di visite programmate, passaggi da full risk a manutenzione preventiva o viceversa. Le rimodulazioni vengono autorizzate del Responsabile dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio per ciò che riguarda il valore economico delle stesse. Per i nuovi contratti la modalità decisa consegue dall'andamento atteso della storia.

SOTTOPROCESSO 1.a Fase 2: STIPULA DEI CONTRATTI CON I MANUTENTORI

Il Settore Ingegneria Clinica prende in esame le proposte contrattuali fatte pervenire dalle Ditte manutentrici autorizzate dal Produttore, ovvero le richiede alle Stesse, specificando già l'elenco delle apparecchiature e le condizioni di contratto. Nell'esame delle proposte pervenute verifica le apparecchiature incluse e le condizioni proposte perché siano rispondenti a quanto deciso in fase preliminare. Valuta inoltre eventuali controproposte delle Ditte procede alla trattativa economica. Per i contratti di rilevante onerosità economica, di concerto con il Direttore Generale, invita le Ditte alla trattativa economica in sede.

Di norma si chiede che gli aumenti rispetto agli anni precedenti, calcolati sul canone della singola apparecchiatura non superino l'indice ISTAT. Per contratti nuovi o variazioni di contratto si prendono a riferimento il valore d'acquisto dell'apparecchiatura e l'incidenza della manutenzione come da letteratura e il canone di apparecchiature simili con simili modalità di contratto. Se il canone è stato formulato in sede di gara si stipula il contratto riprendendo esattamente l'onere stabilito.

Raggiunto l'accordo economico, che appare da un verbale scritto di trattativa o da una lettera di conferma della Ditta, il Settore Ingegneria Clinica redige il testo del contratto includendo oltre alle modalità desiderate, il tempo di intervento, le esclusioni dal contratto, il diritto di recesso anche parziale e le clausole di penalità per inadempienza.

Tale testo viene inviato per l'approvazione alla Direzione e per la copertura finanziaria all'U.O. Economico Finanziaria. Ricevuto il loro benestare, si redige il testo della determina se l'importo è inferiore a € 50.000 + IVA e il testo della delibera se l'importo è superiore.

Il provvedimento viene quindi successivamente adottato con determinazione del Dirigente Ingegnere Clinico / deliberazione della Direzione.

Viene data comunicazione alla Ditta dell'accettazione del contratto, spedendo lettera che include il testo del contratto per la controfirma insieme ai moduli da compilare per la legge antimafia e al DUVRI, documento unico di valutazione dei rischi da interferenza, per le ditte di manutenzione esterne.

SOTTOPROCESSO 1.a Fase 3: CONTROLLO DELL'OPERATO DELLE DITTE

Dai testi dei contratti stipulati con le Ditte il Settore Ingegneria Clinica redige una tabella con il numero di visite programmate e le altre modalità previste (full risk/pezzi di ricambio inclusi o esclusi) e la data entro cui si attende l'esecuzione delle visite stesse. Tale tabella costituisce il calendario di controllo dell'esecuzione della manutenzione programmata.

Entro tali date devono pervenire i verbali di lavoro per singola apparecchiatura inclusa nel contratto ed in ogni verbale di lavoro devono essere dettagliate le operazioni eseguite e i pezzi di ricambio utilizzati. Se tali pezzi e /o consumabili non sono compresi nel contratto giunge fattura a parte all'U.O. Manutenzione e Patrimonio, fattura che viene verificata mediante queste bolle di lavoro. In caso di guasto la U.O. sanitaria apre la chiamata al Settore Ingegneria Clinica che chiama la Ditta tramite fax o telefonata (con l'eccezione della Radiologia che apre le chiamate in contratto da sé). Il tempo di intervento sul posto è normalmente di 24/48 ore. La prima diagnosi è spesso immediata perché il tecnico della Ditta contatta immediatamente la U.O. sanitaria per avere particolari del guasto. Al termine dell'intervento deve pervenire al Settore Ingegneria Clinica una bolla di lavoro in cui è dettagliato il lavoro eseguito e i pezzi utilizzati per cui si segue lo stesso iter sopra descritto. Il verbale di lavoro riporta anche se il lavoro è stato completato oppure no ed è firmata dal tecnico esecutore e dal personale di reparto che attesta l'avvenuto intervento del tecnico e lo stato finale della macchina, così come dichiarato nel verbale. Se il lavoro è completo la macchina viene riconsegnata funzionante alla U.O. sanitaria che la riprende in carico firmando il verbale di lavoro. Alla scadenza delle date per le visite preventive si sollecitano le visite mancanti alle Ditte. La tolleranza rispetto alla scadenza è di + / - 1 mese. Dopo tali scadenze sono previste nei contratti delle penali che vengono detratte dall'ultima rata di pagamento del contratto.

Sottoprocesso B: "Manutenzione a Chiamata con Manutentori Autorizzati"

SOTTOPROCESSO 1.b. Fase 1: SELEZIONE MODALITA' DI MANUTENZIONE

Dall'analisi della storia manutentiva delle apparecchiature, dalla ricorrenza dei guasti in una singola categoria, dalle caratteristiche delle categorie e dalle indicazioni del manuale d'uso e della letteratura il Settore Ingegneria Clinica decide se riparare su guasto oppure intraprendere delle azioni di manutenzione preventiva che programma durante l'anno. Redige quindi una tabella scadenziario e degli elenchi delle apparecchiature interessate. Inoltre per ogni categoria valuta le operazioni da richiedere sia di controllo sia di messa a punto al fine di prevenire guasti. Se l'intervento è eseguibile con manodopera interna prende accordi all'interno dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio e predispone i moduli di registrazione cartacei che costituiscano un verbale di lavoro interna.

SOTTOPROCESSO 1.b. Fase 2: REVISIONI ANNUALI PROGRAMMATE

Per alcune categorie di apparecchiature il Settore Ingegneria Clinica predispone una visita programmata annuale. Contatta quindi le Ditte autorizzate dai produttori producendo le richieste specifiche e un elenco delle apparecchiature interessate e, in analogia all'attività contrattuale vera e propria, richiede un'offerta ed esegue una trattativa economica. Raggiunto l'accordo, procede ad emettere ordine di fatturazione e prende accordi per l'esecuzione materiale. Per altre categorie di apparecchiature la revisione è eseguita da manodopera interna.

Nel periodo concordato quindi il Settore Ingegneria Clinica prende contatto con le Ditte e/o il personale interno e avverte le U.U.O.O. sanitarie interessate. Dopo l'esecuzione del lavoro raccoglie i verbali di lavoro per singola apparecchiatura e registra l'avvenuta manutenzione. Nei casi di ritrovamento di situazioni di guasto la Ditta fa pervenire direttamente i preventivi di riparazione e da questo punto si segue la procedura di riparazione su guasto. Se la segnalazione di guasto avviene dall'attività interna, Il Settore Ingegneria Clinica apre la chiamata alla Ditta sempre secondo la procedura di manutenzione su guasto.

SOTTOPROCESSO 1.b.

Fase 3: MANUTENZIONE A CHIAMATA CON I MANUTENTORI AUTORIZZATI

Gli interventi di manutenzione correttiva (riparazione) consistono nell'accertamento della presenza di un guasto o malfunzionamento, nell'individuazione delle cause e nel ripristino della completa funzionalità dell'apparecchiatura e/o accessori di sistema con verifica finale della funzionalità e della sicurezza elettrica.

In caso di guasto la U.O. sanitaria contatta il Settore Ingegneria Clinica che valuta se mandare personale interno ad eseguire il primo intervento per intercettare falsi guasti o piccoli guasti e fare una prima diagnosi. Se il guasto è reale:

- Per piccole apparecchiature: l'apparecchiatura viene consegnata al Settore Ingegneria Clinica che ne cura la spedizione alla Ditta autorizzata dal Produttore alla manutenzione e registra la spedizione. La Ditta fa pervenire via fax il preventivo, segue trattativa economica. Se ha esito positivo segue autorizzazione scritta via fax e comunicazione del numero d'ordine. La Ditta procede alla riparazione e rispedisce l'apparecchiatura al Settore Ingegneria Clinica che controlla lo stato all'arrivo e la riconsegna alla U.O. sanitaria. Se la riparazione non è conveniente o la Ditta comunica l'irreparabilità, Il Settore Ingegneria Clinica avvia la procedura di fuori uso.

- Per medie / grosse apparecchiature: il Settore Ingegneria Clinica apre la chiamata verso la Ditta con un fax dando anche i riferimenti della U.O. richiedente per favorire la diagnosi telefonica delle possibili cause di guasto; è possibile infatti che il guasto si risolva telefonicamente al momento e la chiamata non venga formalmente aperta. Se la riparazione è possibile la Ditta interviene e formula una diagnosi in loco, confermando la riparabilità o meno. Se la spesa è rilevante lo comunica al Settore Ingegneria Clinica che decide se la riparazione è conveniente. Se il parere è positivo la Ditta procede. Il personale dell'U.O. sanitaria controlla il processo di risoluzione del guasto durante la sua esecuzione, si fa carico delle problematiche che insorgono comunicandole al Settore Ingegneria Clinica e raccoglie i documenti prodotti (verbali di lavoro, risultati di verifiche e tarature ecc..) e li fa pervenire al Settore Ingegneria Clinica.

Se la riparazione non è conveniente o la Ditta comunica l'irreparabilità, Il Settore Ingegneria Clinica avvia la procedura di fuori uso.

Entro 48/72 ore lavorative un intervento ritenuto urgente da parte del personale del Settore Ingegneria Clinica viene o risolto oppure si trova una soluzione alternativa per permettere alla U.O. sanitaria di lavorare.

L'intervento viene registrato all'arrivo della fattura della Ditta con tutti i dati e l'importo complessivo.

Sottoprocesso C: "Verifiche di Sicurezza e di Qualità dei Parametri Operativi"

SOTTOPROCESSO 1.c Fase 1: SELEZIONE MODALITA' E TIPOLOGIE APPARECCHIATURE

La verifica di sicurezza delle apparecchiature medicali è prevista e normata dalla legge italiana sia per le prove sia per la periodicità delle stesse. Il controllo di qualità e taratura dei parametri funzionali è demandato invece al proprietario delle apparecchiature. Il costruttore descrive nel manuale d'uso i controlli periodici raccomandati.

Questa attività è eseguita tramite appalto a ditta esterna specializzata che si rinnova con gara ogni biennio. Il Settore Ingegneria Clinica cura l'istruzione del capitolato tecnico del servizio specificando la periodicità delle prove (la legge determina solo il numero minimo delle verifiche di sicurezza) e stabilisce quali categorie di apparecchiature sottoporre al controllo e taratura dei parametri funzionali in base alla tipologia delle apparecchiature stesse, a criteri di efficienza, ai requisiti richiesti dalla certificazione di qualità di alcune U.U.O.O. sanitarie dell'Azienda e a criteri di economicità. Determina infine il numero delle apparecchiature da sottoporre a verifica di sicurezza diviso per anno e il numero di apparecchiature delle categorie selezionate per il controllo di qualità, anch'esso suddiviso per anno. In base a queste valutazioni viene calcolato dalle ditte partecipanti l'offerta economica.

La tipologia di controlli e taratura dei parametri prescelta è quella offerta dalla Ditta, che viene valutata in sede di gara come adeguata e completa.

SOTTOPROCESSO 1.c Fase 2: PROGRAMMAZIONE DELLE VERIFICHE, CONTROLLO SVOLGIMENTO ED ESECUZIONE

Il Settore Ingegneria Clinica coordina strettamente il lavoro della Ditta aggiudicataria dell'appalto. Stabilisce il periodo e la sequenza di reparti da visitare, avvisando gli stessi con anticipo del passaggio dei tecnici della Ditta. Prima dell'inizio dei lavori fornisce gli elenchi di apparecchiature da verificare/controllare, concorda le modalità di comportamento della Ditta (apparecchiature in garanzia, a batteria, categorie da sottoporre a controllo dei parametri ecc.). Durante i lavori riceve regolarmente rapporto dell'andamento. In caso di rilevamento di non conformità classificate gravi viene avvisato immediatamente e provvede ad aprire chiamata per guasto sull'apparecchiatura segnalata. Avverte quindi il reparto di non utilizzare l'apparecchiatura.

Al termine delle prove riceve sia un elenco riassuntivo e le schede in cartaceo firmate dal Responsabile delle attività della Ditta, sia il formato elettronico che viene riversato nel database di gestione delle apparecchiature. Separatamente riceve gli elenchi suddivisi per grado di gravità delle non conformità rilevate.

SOTTOPROCESSO 1.c Fase 3: RIPRISTINO DELL'INTEGRITA' FUNZIONALE

Gli elenchi delle non conformità vengono analizzate dal Settore Ingegneria Clinica che coinvolge le ditte manutentrici prima nella discussione sulla possibilità di rimessa a norma e poi nell'apertura di chiamata per guasto. Spesso sono necessari incontri e sopralluoghi, ricerche di mercato per dispositivi che assicurino il reintegro delle condizioni di sicurezza imposte dalla normativa vigente soprattutto per apparecchiature datate, cui segue l'ordine, la fornitura e l'installazione da parte del Settore Ingegneria Clinica, del Settore Impianti Elettrici e Ditte interessate. Se la rimessa a norma non è possibile si dispone il fuori uso. Dagli elenchi di non conformità dei controlli di taratura dei parametri funzionali il Settore Ingegneria Clinica apre direttamente la chiamata alle Ditte manutentrici che ne devono assicurare il mantenimento nel tempo.

CONTROLO DI
BUDGET E ANALISI
DELLA SPESA

Sottoprocesso D: "Controllo di Budget e Analisi della Spesa"

SOTTOPROCESSO 1.d. Fase 1: CONTROLLO PERIODICO DEL BUDGET ASSEGNATO

All'inizio dell'anno all'interno della U.O. Manutenzione e Patrimonio viene stabilito in base allo storico un budget da assegnare alla manutenzione delle apparecchiature suddiviso in voci di spesa certe, ossia gli importi dei contratti di manutenzione, e in voci stimate, ossia la manutenzione a guasto e gli aggiornamenti tecnologici di apparecchiature. Il Settore Ingegneria Clinica costruisce una tabella con i costi sostenuti durante l'anno precedente nei singoli mesi e mensilmente la compila e valuta la differenza. Sono disponibili i dati anche degli anni precedenti. Si adopera quindi per "pilotare" e controllare la spesa entro il budget assegnato.

SOTTOPROCESSO 1.d. Fase 2: ANALISI DELLA SPESA A GUASTO ANNUALE

All'inizio dell'anno il Settore Ingegneria Clinica completa il file di registrazione degli interventi di manutenzione su guasto delle apparecchiature integrandolo e confrontandolo con le spese registrate nel sistema informatico dell'Azienda, dal momento che i due sistemi informatici sono disgiunti per il momento. Ne fa quindi un'analisi per trarne una serie di dati statistici e delle informazioni sull'andamento della vita delle apparecchiature. In base a queste informazioni esprime un parere sul budget assegnato e fa una prima previsione delle azioni di manutenzione programmata, esigenze di stipula di nuovi contratti, linee di indirizzo speciali da seguire durante l'anno, scadenziari.

Sottoprocesso E: "Installazione e Collaudo delle Apparecchiature Medicali"

SOTTOPROCESSO 1.e: PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ

Attori:

- Servizi Alberghieri (di seguito denominato S.A.);
- U.O. Manutenzione e Patrimonio (di seguito denominata U.O.M.P.) – Settore Ingegneria Clinica (di seguito denominato SIC);
- Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (di seguito denominato S.P.P.R.).

A) il bene in fornitura viene consegnato al Magazzino Economale che controlla la completezza della fornitura confrontandola con l'ordine dell'Azienda. Quando l'ordine è completamente evaso genera i numeri di inventario secondo quanto stabilito in fase di ordine della fornitura e poi avvisa i S.A.

Se il bene ha dimensioni importanti o si tratta di un impianto, previo avviso della ditta fornitrice ai S.A., si procede alla consegna direttamente in reparto e in seguito i S.A. provvedono a consegnare la bolla di consegna al Magazzino Economale per le consuete operazioni di registrazione.

B) I S.A. avvisano il SIC che prende accordi con il reparto destinatario e con la ditta fornitrice per il giorno e l'ora del collaudo. Nello specifico verifica che la ditta sia in grado di presentare tutti i documenti richiesti e/o di espletare le prove di sicurezza e funzionalità del bene e che sia disponibile il personale sanitario che deve partecipare al corso di istruzione.

C) Il SIC si incontra con la ditta e con il personale sanitario nel luogo di installazione del bene. Si procede alle operazioni sopra elencate e se tutto è in regola tutte le parti convocate firmano il collaudo.

Se per il corso di istruzione al personale o per la presentazione di documentazione occorrono alcuni giorni, si attende che venga regolarizzata la situazione per apporre le firme. In caso il collaudo non si possa completare entro i tempi stabiliti dal capitolato, si notifica con un fax alla ditta la sospensione del collaudo e il motivo. Copia di questo fax viene spedita anche all'U.O. Economico Finanziaria e all'U.O. Acquisti perché interrompano il conteggio dei termini di pagamento. Una volta superati i motivi della sospensione si registra la risoluzione e la data di chiusura sull'apposito modulo di collaudo.

D) Il SIC invia il collaudo al S.P.P.R. per il controllo di competenza di tutta la documentazione ed eventuale verifica con sopralluogo sul luogo di installazione e successivamente ai S.A. per la firma del Responsabile nella sezione di riscontro della regolarità della fornitura.

E) Ricevuto il modulo di collaudo firmato il Dirigente Ingegnere Clinico lo firma e invia l'originale del modulo di collaudo ai S.A. e una copia al S.P.P.R.

F) Il SIC registra le nuove attrezzature nel suo sistema di gestione e archivia la pratica di collaudo in modo che sia prontamente disponibile al bisogno.

Per apparecchiature di rilevante complessità di installazione (ove si rende necessario il coinvolgimento e il coordinamento di numerose maestranze) l'U.O.M.P. si attiva dopo l'aggiudicazione della fornitura e trasmette alle interfacce aziendali preposte la pianificazione delle attività operative di installazione e collaudo.

DOCUMENTAZIONE COINVOLTA

L' U.O. Acquisti provvede dopo l'emissione dell'ordine a trasmettere al SIC una copia di:

6. delibera /determina di aggiudicazione del bene;
7. offerta commerciale della ditta aggiudicatrice con condizioni di fornitura;
8. ordine.
9. Il SIC predispone il fascicolo di collaudo comprendente:
 10. modulo di registrazione collaudo;
 11. caratteristiche tecniche del bene;
 12. descrizione del servizio di assistenza tecnica, listino dei pezzi di ricambio e dei consumabili;
 13. manuale d'uso o manuale tecnico se disponibili;
 14. documenti di conformità alle norme vigenti;
 15. reports di verifiche di sicurezza e di controlli prestazionali
 16. documenti consegnati dall' U.O. Acquisti.

Nel caso di sospensione del collaudo il SIC redige e spedisce un fax indirizzato alla ditta all'U.O. Acquisti all'U.O. Economico Finanziaria con il motivo della sospensione.

PROCESSO: Manutenzione e Collaudo

Apparecchiature Medicali e Tecnico Patrimoniali

FUNZIONI COINVOLTE

Funzione 1: DIR MANUTENZIONE PATRIMONIO¹

Funzione 2: DIR ECONOMICO FINANZIARIA²

Funzione 3: RESP INGEGNERIA CLINICA³

Funzione 4: COLLABORATORE AMMINISTRATIVO UO: MANUTENZIONE E PATRIMONIO⁴

Funzione 5: COORD INFERMIERISTICO STR DI TUTTI I DIPARTIMENTI⁵

Funzione 6: OPERATORE TECNICO ADDETTO ALLA MANUTENZIONE UO MANUTENZIONE E PATRIMONIO⁶

Funzione 7: S.S. QUALITA' - RISK – URP⁷

¹Servizio Dipartimento UO: MANUTENZIONE E PATRIMONIO

Competenze Generali: assicura il mantenimento delle strutture, l'adeguamento delle strutture alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura. L'U.O provvede al supporto tecnico / amministrativo del Servizio di Ingegneria Clinica.

²Competenze Generali: Favorisce la programmazione e assicura la gestione economico-finanziaria dell'Azienda in coerenza con le scelte della Direzione Strategica, nel rispetto delle norme e dei principi contabili e secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, assicurandone il monitoraggio in corso d'anno. Traduce la programmazione annuale in termini economico-patrimoniali e finanziari anche mediante il governo e il controllo dei flussi economici e finanziari. Assicura la corretta rilevazione dei fatti gestionali e il controllo dei flussi contabili, nel rispetto dei principi contabili e della normativa nazionale e regionale vigente, con la finalità di elaborazione dei bilanci e di tenuta dei libri obbligatori di competenza.

³Ufficio di Staff della Direzione Generale Servizio Dipartimento UO di supporto Tecnico / Amministrativo: MANUTENZIONE E PATRIMONIO Competenze Generali: Si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso anche dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio assume un ruolo di supporto alla programmazione e valutazione acquisti, garantisce il controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, l'introduzione di nuove tecnologie, l'informazione sulle tecnologie in ambito sanitario e attività di ricerca

⁴Competenze Generali: Segue tutte le fasi della vita delle apparecchiature sanitarie ed economiche dell'Azienda Ospedaliera, dall'acquisizione fino alla dismissione, garantendone il sicuro ed appropriato utilizzo e lo stato di efficienza ad un costo razionale.

Settore biotecnologie Segue tutte le fasi della vita delle apparecchiature sanitarie ed economiche dell'Azienda Ospedaliera, dall'acquisizione fino alla dismissione, garantendone il sicuro ed appropriato utilizzo e lo stato di efficienza ad un costo razionale.

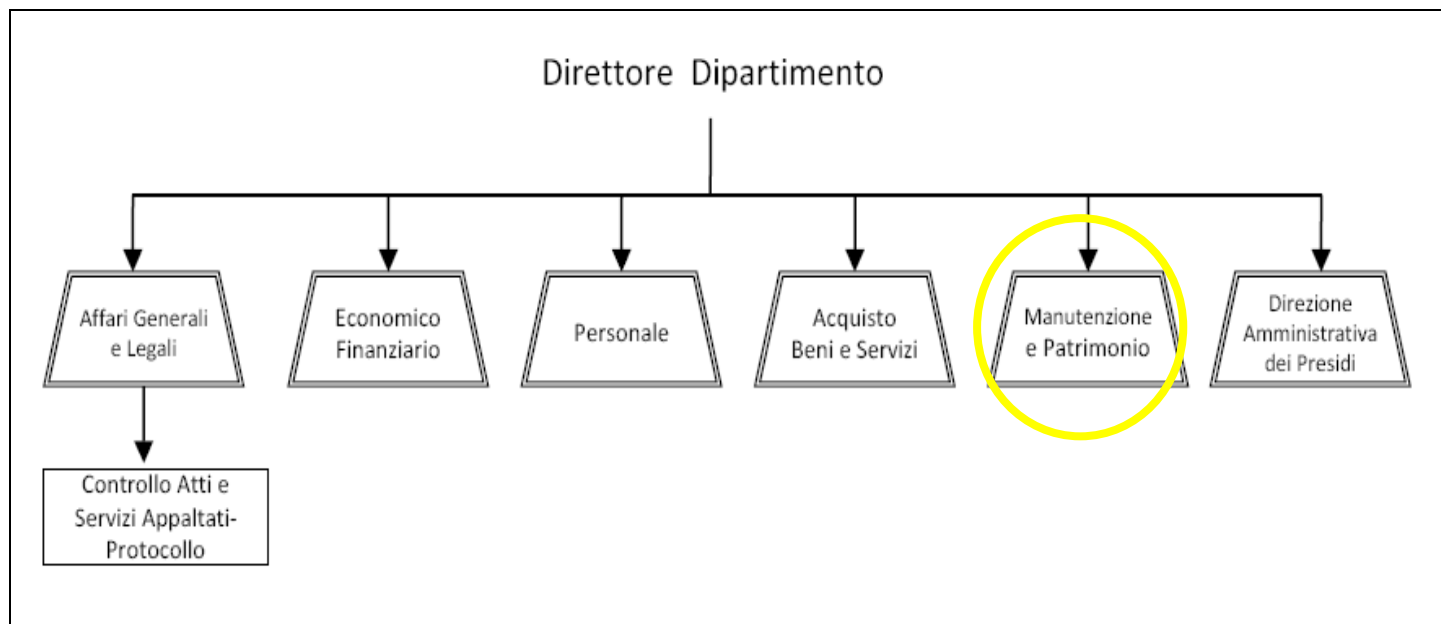
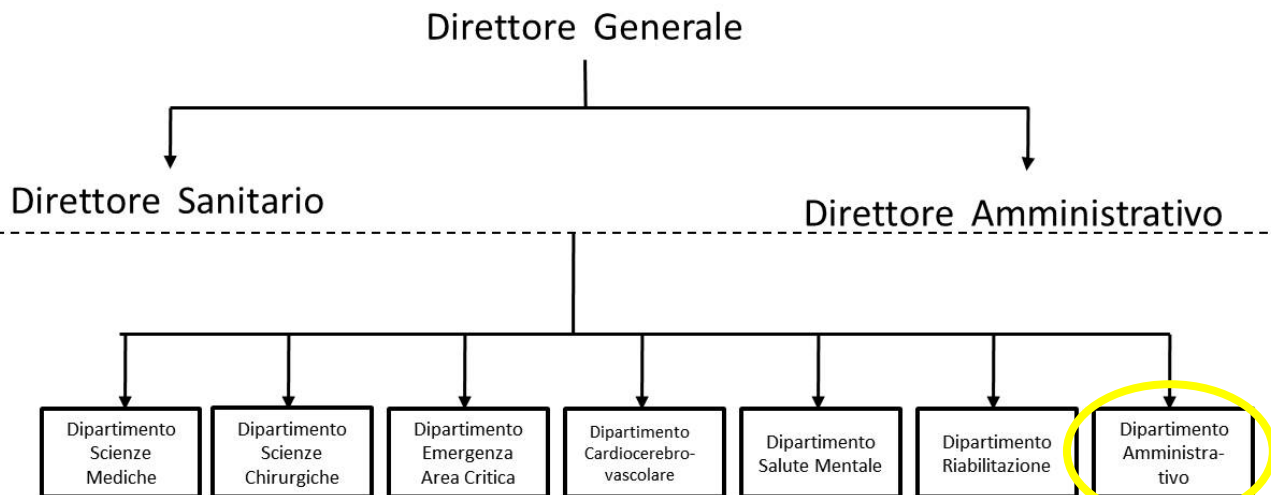
E' garante del controllo del piano di verifiche periodiche di sicurezza di tutti gli impianti elettrici dell'Azienda.

⁵Competenze Generali: Firma bolla di lavoro attestante l'avvenuta manutenzione

⁶Conosce ed utilizza gli strumenti propri della funzione svolta

⁷Responsabile Aziendale della Qualità e l' Ufficio Qualità: il sistema di gestione aziendale rappresenta un obiettivo strategico aziendale fondamentale. Gestisce il sistema di gestione aziendale applicando i metodi e gli strumenti di volta in volta più idonei per assicurare il *buon funzionamento* dei processi aziendali, la gestione *efficiente, efficace, etica, sicura, equa, appropriata, orientata ai risultati gestionali e clinici*, governando in modo coordinato e finalizzato agli obiettivi aziendali i diversi strumenti di miglioramento dei processi: accreditamento istituzionale, certificazione ISO, accreditamento all'eccellenza JCI, audit clinici, rischio clinico; è responsabile della gestione dei processi di miglioramento in tema di promozione della salute (Rete HPH), applica in azienda e supporta le UU.OO. nella Clinical Governance. Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: governa gli aspetti inerenti e connessi con il vigente sistema della sicurezza nei luoghi di lavoro. Tale struttura dipende Direttamente dalla Direzione Strategica Aziendale. Svolge prevalentemente la funzione gestionale con verifiche ispettive del sistema e controlli sanitari per la sicurezza degli strumenti e degli operatori; di controllo al fine di far rispettare tutte le procedure in essere; di Vigilanza interna con interventi correttivi in caso di non conformità; ricorrendo metodologicamente alla informazione e alla formazione degli operatori.

Processo: MANUTENZIONE E PATRIMONIO



DIREZIONE DI AFFERENZA: AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO DI AFFERENZA: Dipartimento Amministrativo

Direttore Responsabile Dott. Ing. Fabrizio Landi

Il Direttore Responsabile ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO (Deliberazione 587/2005, Deliberazione 966/2003 e Deliberazione 348/12 P.O.A)

L'U.O. assicura il mantenimento delle strutture, immobili, impianti ed attrezzature tecniche, l'adeguamento delle medesime alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura.

S.C. MANUTENZIONE E PATRIMONIO

Competenze manageriali – Attività caratteristiche

L'U.O.Tecnico-Patrimoniale assicura il mantenimento delle strutture, l'adeguamento delle strutture alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura. A tal fine l'unità operativa:

- nell'ambito del settore Gestione del Patrimonio assicura:
 1. la gestione e conservazione del patrimonio immobiliare dell'Azienda
 2. l'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie eseguite direttamente od in collaborazione con ditte esterne
 3. l'assunzione della responsabilità del procedimento (R.U.P.) per gli appalti di lavori pubblici
 4. la progettazione e Direzione Lavori ,compresa la contabilizzazione delle opere e le procedure di collaudo
 5. i rapporti con i professionisti esterni incaricati di progettare e/o dirigere lavori per conto dell'Azienda
- nell'ambito del settore Gestione Impianti Tecnologici assicura:
 1. la gestione e manutenzione degli impianti tecnologici dell'Azienda
 2. l'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie, nonché delle verifiche periodiche sugli impianti tecnologici eseguite direttamente od in collaborazione con ditte esterne
 3. la gestione dei contratti di manutenzione
 4. le procedure di collaudo, installazione ed addestramento riguardanti nuovi impianti
 5. le progettazioni e direzione lavori degli impianti tecnologici compresa la contabilizzazione delle opere e le procedure di collaudo
 6. la tenuta dei reports inerenti le verifiche di funzionalità e conformità degli impianti.

Grado di Autonomia Gestionale

Numero dirigenti dedicati: 1

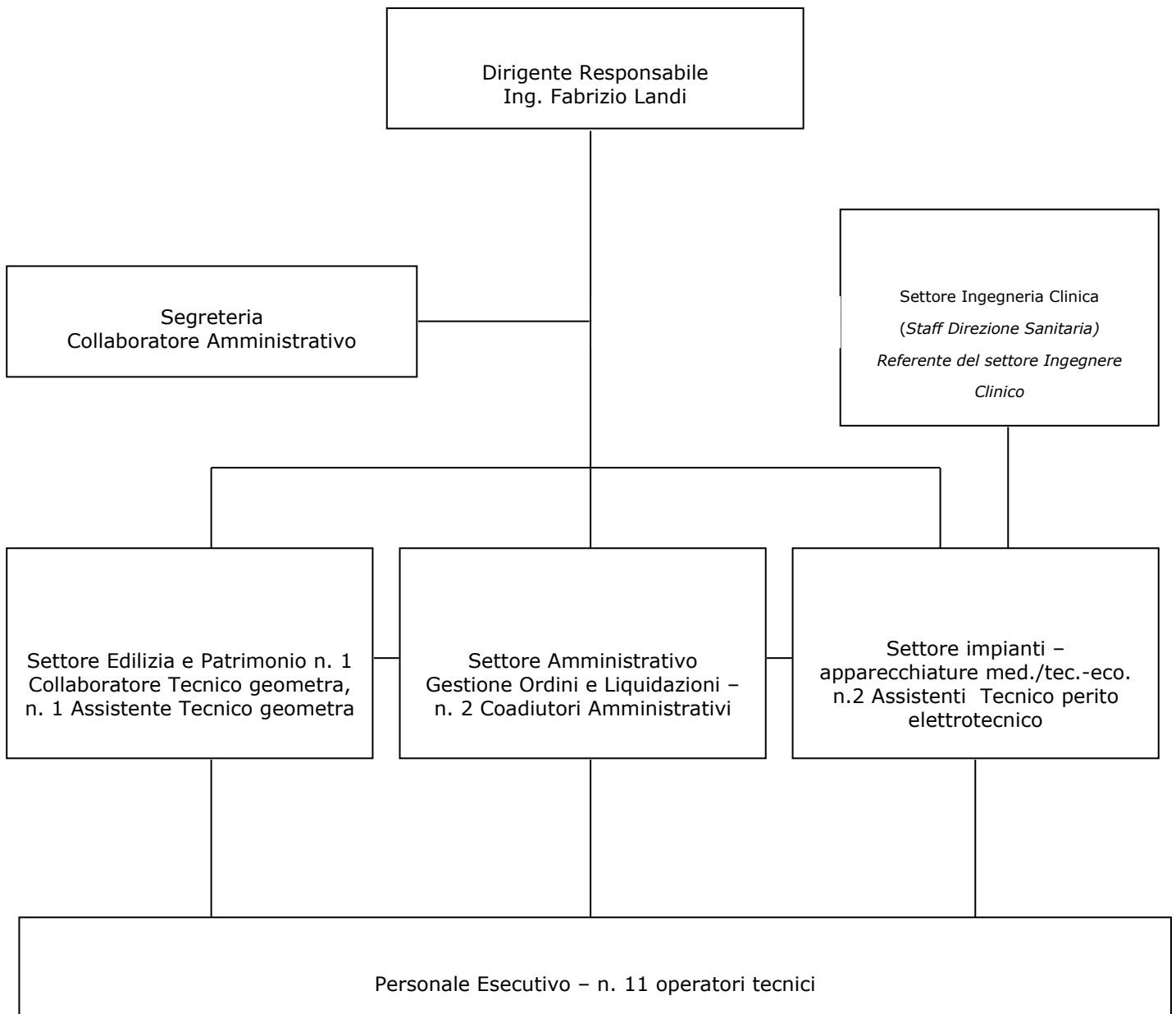
Numero addetti del comparto dedicati: 15,42

Responsabilità

La struttura negozia il budget aziendale ed ha responsabilità sia di risultato che di spesa. Il budget annuo assegnato si attesta indicativamente ad € 8.850.000,00.

ORGANIGRAMMA

L'Organigramma Funzionale riporta nell'ordine gerarchico le singole figure professionali.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Il processo di Manutenzione Edifici, Impianti e Pertinenze ha come obiettivo di evidenziare l'attività svolta dall'Azienda Ospedaliera per il mantenimento del patrimonio immobiliare.

Preliminare alla fase di esecuzione dell'intervento manutentivo è compito della U.O. provvedere alla programmazione delle manutenzioni annuali o comunque periodiche ovvero alla ricezione delle richieste di riparazione o manutenzione straordinaria o a guasto inoltrate dei Reparti Ospedalieri.

In funzione della tipologia di intervento ed alle professionalità presenti presso l'u.o. i lavori possono essere quindi affidati a personale interno o ad Azienda Esterna.

Relativamente ad attività effettuata da Azienda Esterna, sono stati individuati e descritti i seguenti sotto-processi:

1. Selezione affidatario dei servizi manutentivi per edifici, impianti, pertinenze e modalità di manutenzione;
2. Esecuzione dei contratti;
3. Controllo dell'operato delle Aziende;



Sottoprocesso 1.1:

" Selezione Affidatario dei Servizi Manutentivi per Edifici, Impianti , Pertinenze e Modalità di Manutenzione "

La selezione delle Aziende esterne a cui affidare le manutenzioni di edifici, impianti e pertinenze avviene tramite le procedure previste dal Regolamento Acquisti Aziendale.

In caso di procedure di affidamento interamente gestite dall' U. O. Manutenzione e Patrimonio secondo le competenze indicate nel citato regolamento, l'ufficio è responsabile dell'intera procedura, assumendo il Direttore di U.O. il ruolo di R.U.P.

In caso di procedure riguardanti casistiche afferenti l'U.O. Acquisti, l'ufficio tecnico è responsabile della redazione del capitolato tecnico relativo all'oggetto.

L'ufficio tecnico inoltre congiuntamente all'RSPP dell'azienda redige il documento unico di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI) relativo ai servizi manutentivi appaltati.

La durata dei contratti di manutenzione può variare per le diverse tipologie di manutenzione. In un'ottica di continuità dell'orientamento aziendale riguardo la gestione degli impianti tecnologici, L'Azienda ha affidato la manutenzione e la conduzione della quasi totalità degli impianti

ad un unico soggetto esterno individuato tramite adesione a convenzione Consip con la sottoscrizione di un contratto quinquennale per la gestione e conduzione degli impianti tecnologici a servizio di immobili destinati ad attività sanitaria.

Le prestazioni rese dalla Azienda incaricata sono indicate nella relativa sezione della convenzione, così come le modalità di esecuzione e la periodicità di intervento. L'unità operativa manutenzione e patrimonio riceve periodicamente, sempre secondo le modalità e procedure contrattuali indicate nella convenzione stessa, la programmazione delle operazioni da effettuarsi e i report delle attività effettivamente eseguite. L'Azienda effettua inoltre le riparazioni o le manutenzioni a guasto segnalate e richieste dai reparti per il tramite della U.O., secondo una specifica procedura che dovrebbe garantire l'evidenza dell'effettuazione ed il controllo dei relativi costi.

Per la specificità di alcuni impianti e poiché la convenzione esclude dal contratto alcuni servizi, l'azienda può però decidere di affidare il servizio di assistenza tecnica e manutenzione degli stessi direttamente all'azienda produttrice/fornitrice o concessionaria per il tempo specificatamente definito nel capitolato o nel piano manutenzione.

Sottoprocesso 1.2: " Esecuzione dei Contratti "

Per le attività programmate, l'Azienda affidataria, sia essa l'incaricata delle manutenzioni soggette al campo di applicazione della convenzione Consip o sia una delle altre azienda incaricate degli altri servizi non compresi nel servizio integrato, si deve attenere alle modalità di esecuzione del servizio e alla relativa tempistica previste dal contratto / convenzione / capitolato.

Qualora la manutenzione venga richiesta dal Reparto Ospedaliero o da altro servizio in caso di guasto o manutenzione straordinaria, uno specifico modulo viene compilato da ciascun reparto richiedente ed inviato all'ufficio tecnico.

L'ufficio tecnico ha il compito di individuare la Azienda di riferimento all'intervento; per supportare tale attività, ha a disposizione, nel caso in cui l'intervento richiesto non rientri tra le attività dell'azienda affidataria del servizio di global service, una lista dei contratti in essere con le diverse aziende manutentrici e l'indicazione del referente tecnico o commerciale da attivare.

L'Ufficio tecnico dovrà contattare sia il fornitore del servizio e indicargli le specifiche di intervento, sia il reparto per definire le modalità e i tempi della manutenzione.

Sottoprocesso 1.3: " Controllo dell'Operato delle Aziende "

L'intervento di riparazione / manutenzione può essere effettuato con personale interno o esterno.

Se il personale è interno il Responsabile o suo delegato procede all'assegnazione ad un operatore interno (operaio), sulla base delle specifiche competenze, consegnandogli il modulo di richiesta. NB: qualora il personale interno necessiti di materiale per l'effettuazione dell'interven-

to il personale provvede all'acquisto del materiale stesso presso rivenditori locali precedentemente identificati.

Qualora si renda necessario ricorrere a personale esterno, previa verifica della tipologia di intervento, urgenza e stima dei tempi necessari, si provvede all'individuazione di un soggetto idoneo all'effettuazione dell'intervento nell'ambito dei contratti in essere o provvedendo ad una nuova assegnazione qualora la richiesta non risulti "coperta", secondo le modalità indicate nel sotto-processo precedente, con relativa assunzione dell'impegno di spesa nel sw di gestione della contabilità.

Tutti gli interventi, così definiti, sia interni che esterni, sono assegnati e competono agli operatori della U.O. che provvedono a:

- seguire il lavoro per gli aspetti di competenza, fornendo la necessaria assistenza tecnica, logistica e di coordinamento con le altre attività della U.O. ed ospedaliere in genere;
- acquisire l'evidenza di effettuazione del lavoro (es: rapporto di intervento controfirmato dal soggetto richiedente o comunque di riferimento per il reparto ospedaliero), o attestano essi stessi l'effettuazione del lavoro,;
- provvedono a restituire la documentazione necessaria (es. D.D.T. – rapporto di intervento della azienda esecutrice che dettagli il lavoro eseguito e completo di indicazione delle ore di m.o. e delle quantità dei materiali) all'operatore amministrativo, che procede alla liquidazione dei documenti contabili.

Effettuato il controllo di regolarità sulla documentazione, sulla corretta esecuzione del contratto e acquisito il benestare del Direttore della U.O., tutta la documentazione viene opportunamente predisposta e trasmessa alla U.O. Economico Finanziario per il pagamento

In caso di inadempienze, fatta eccezione per casi particolari, i contratti prevedono l'applicazione di penali, la cui procedura è, quando dovesse ricorrere il caso, gestita all'interno della U.O., eventualmente con il supporto tecnico – amministrativo dell'Ufficio Affari Legali.

FUNZIONI COINVOLTE

Funzione 1: DIRETTORE MANUTENZIONE PATRIMONIO¹

¹ **Con riferimento a Sottoprocesso 1.1: Selezione Edifici, Impianti, Pertinenze e Modalità di Manutenzione**

Competenze Generali: assicura il mantenimento delle strutture, l'adeguamento delle strutture alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura. Nell'ambito dell'U.O si colloca il Servizio di Ingegneria Clinica. Il servizio si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso anche dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio assume un ruolo di supporto alla programmazione e valutazione acquisti, garantisce il controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, l'introduzione di nuove tecnologie, l'informazione sulle tecnologie in ambito sanitario e attività di ricerca.

Con riferimento a Sottoprocesso 1.2: Esecuzione dei Controlli

Competenze Generali: assicura il mantenimento delle strutture, l'adeguamento delle strutture alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura. Nell'ambito dell'U.O si colloca il Servizio di Ingegneria Clinica. Il servizio si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso anche dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio assume un ruolo di supporto alla programmazione e valutazione acquisti, garantisce il controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, l'introduzione di nuove tecnologie, l'informazione sulle tecnologie in ambito sanitario e attività di ricerca.

Pag. 6 di 19

Funzione 2: INGEGNERIA CLINICA²

Funzione 3: COLLABORATORE TECNICO - ASSISTENTE TECNICO³

Funzione 4: COLLABORATORE AMMINISTRATIVO - ASSISTENTE AMMINISTRATIVO⁴

Con riferimento a Sottoprocesso 1.3: Controllo dell'Operato delle Aziende

Competenze Generali: assicura il mantenimento delle strutture, l'adeguamento delle strutture alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura.

²Nell'ambito dell'U.O si colloca il Servizio di Ingegneria Clinica. Il servizio si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso anche dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio assume un ruolo di supporto alla programmazione e valutazione acquisti, garantisce il controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, l'introduzione di nuove tecnologie, l'informazione sulle tecnologie in ambito sanitario e attività di ricerca.

³Competenze Generali: E' garante, mediante una adeguata programmazione e realizzazione dei piani di manutenzione, dell'affidabilità degli impianti e delle strutture. Sovrintende all'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie eseguite direttamente od in regime di contratto d'appalto tramite aziende esterne;

Supervisiona e coordina le attività della società Cofatech Servizi che ha in appalto la gestione di tutti gli impianti tecnologici, compresa la fornitura delle energie, relativi all'Ospedale Maggiore di Crema. a servizio degli immobili della Azienda

Gestisce le richieste di manutenzione provenienti dai settori e reparti dell'Azienda

Settore manutenzione immobili ed impianti tecnologici

- Sovrintende all'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie eseguite direttamente od in regime di contratto d'appalto tramite aziende esterne.
- E' garante, mediante una adeguata programmazione e realizzazione dei piani di manutenzione, dell'affidabilità degli impianti e delle strutture.
- Coordina le squadre interne di operatori tecnici dei vari settori, nonché le ditte esterne che operano in supporto al personale dipendente.
- Supervisiona e coordina le attività della società che ha in appalto la gestione di tutti gli impianti tecnologici a servizio degli immobili della Azienda
- Gestisce le richieste di manutenzione provenienti dai settori e reparti dell'Azienda
- **Settore biotecnologie**
- Segue tutte le fasi della vita delle apparecchiature sanitarie ed economiche dell'Azienda Ospedaliera, dall'acquisizione fino alla dismissione, garantendone il sicuro ed appropriato utilizzo e lo stato di efficienza ad un costo razionale.
- E' garante del controllo del piano di verifiche periodiche di sicurezza di tutti gli impianti elettrici dell'Azienda
- Analizza leggi e normative, ne valuta gli utilizzi e cura la diffusione ai reparti/servizi
- Attuare gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti
- Interpreta procedure, schemi, SW gest.
- Applica le procedure previste, sa spiegarle e motivarle al cliente.
- Trasforma informazioni tecniche in rapporti brevi e comprensibili
- Fornisce consulenza ai colleghi interni (verifica di essere stato compreso)
- Valuta i nuovi prodotti presenti sul mercato
- Suggerisce l'acquisto di nuovi materiali per l'esecuzione di determinati lavori
- Fornisce documentazioni sul prodotto, esegue collaudi, test, manutenzioni
- Gestisce l'acquisto e l'approvvigionamento del materiale necessario all'attività
- Stende e redige progetti (elaborati grafici, valutazioni tecniche, computi metrici, ecc.)
- Gestisce i documenti: raccolta, classificazione e loro archiviazione
- **Archivia i dati elettronici**
- Elabora statistiche

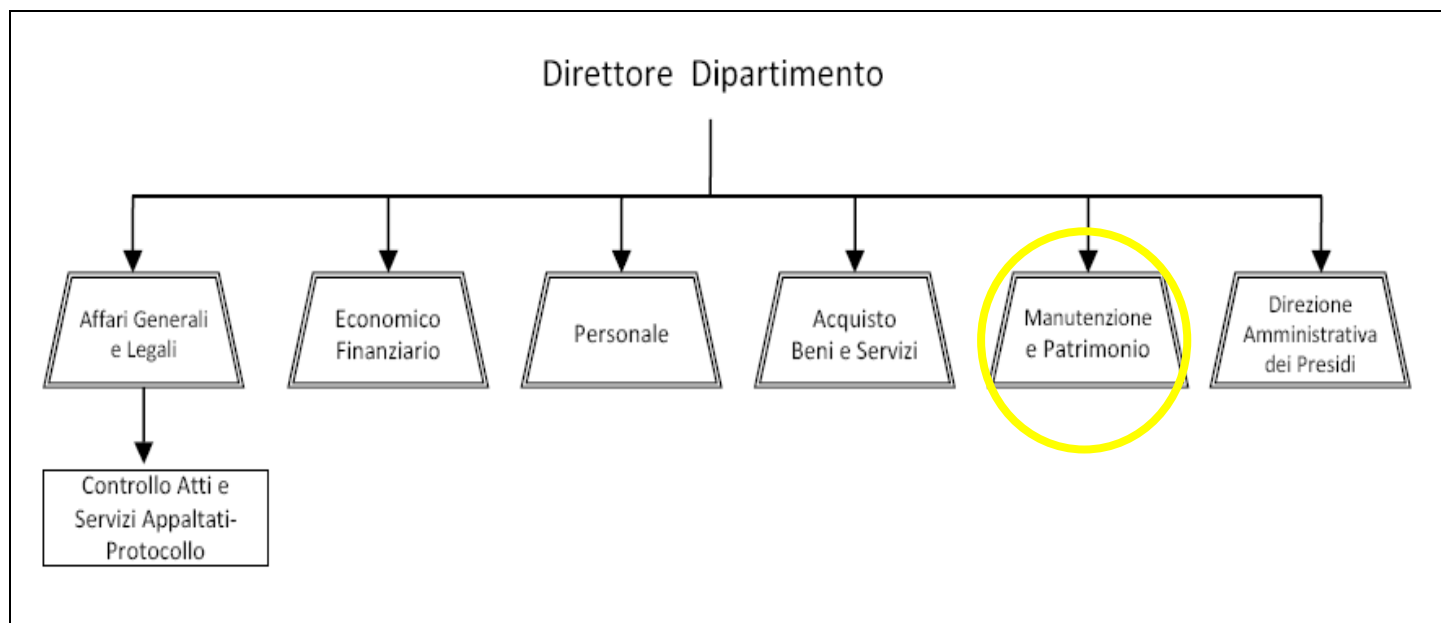
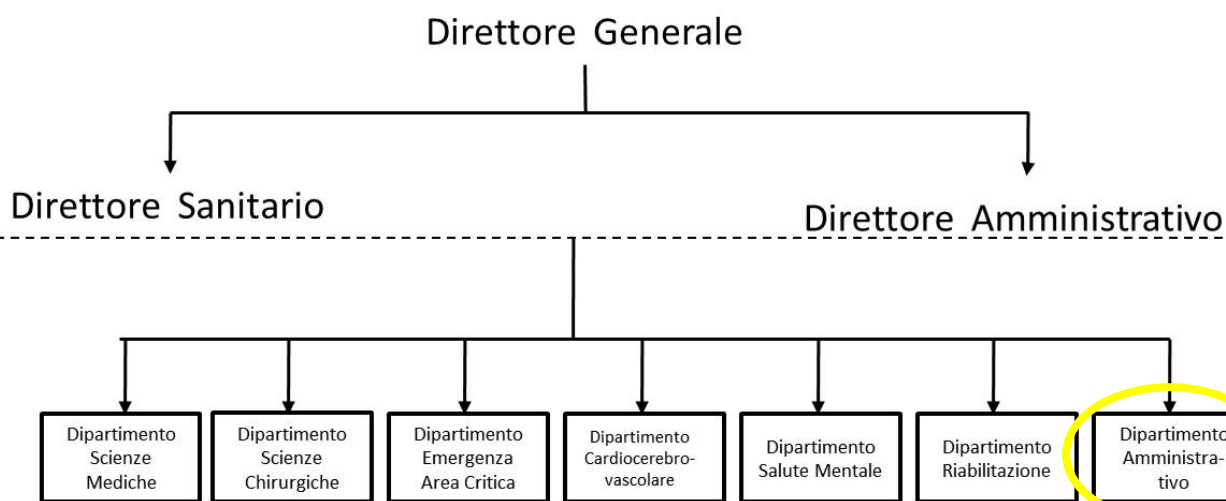
⁴Competenze Generali: Provvede alle funzioni ed attività amministrative proprie della U.O. ed è di supporto alla attività direzionali e professionali del personale tecnico

Provvede alle procedure di affidamento di lavori, beni e servizi di competenza della u.o. nel rispetto del regolamento aziendale

Provvede alla gestione degli ordini ed alla predisposizione delle fatture per la liquidazione

Provvede al supporto amministrativo Cantiere per i Lavori di adeguamento Strutturale e Impiantistico Ospedale di Crema e per i Lavori di realizzazione Polo Sanitario di Soresina Nuovo Robbiano

Processo: Progettazione e Sviluppo



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Il processo di Manutenzione Edifici, Impianti e Pertinenze ha come obiettivo di evidenziare l'attività svolta dall'Azienda Ospedaliera per il mantenimento del patrimonio immobiliare.

Preliminare alla fase di esecuzione dell'intervento manutentivo è compito della U.O. provvedere alla programmazione delle manutenzioni annuali o comunque periodiche ovvero alla ricezione delle richieste di riparazione o manutenzione straordinaria o a guasto inoltrate dei Reparti Ospedalieri.

In funzione della tipologia di intervento ed alle professionalità presenti presso l'u.o. i lavori possono essere quindi affidati a personale interno o ad Azienda Esterna.

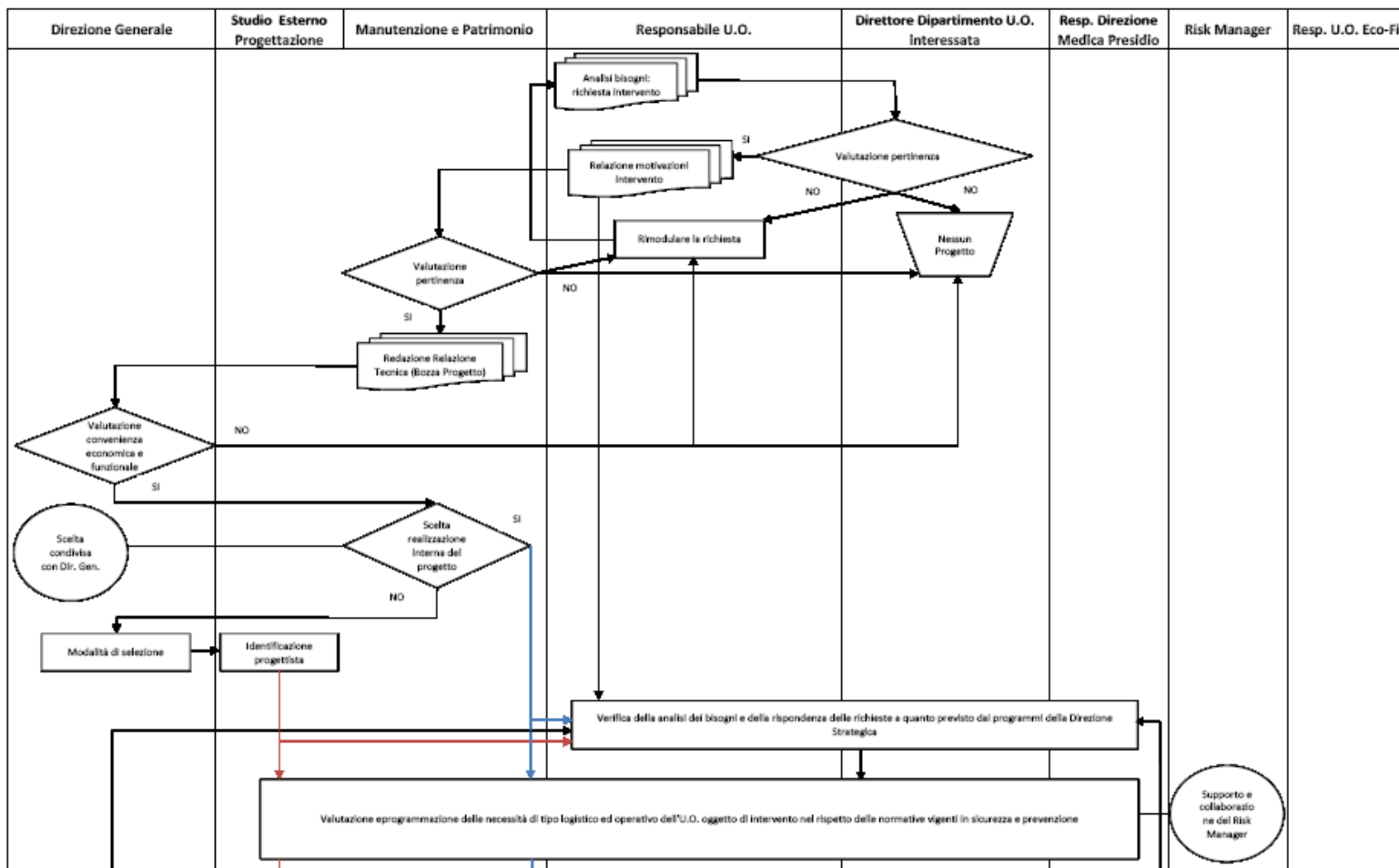
Relativamente ad attività effettuata da Azienda Esterna, sono stati individuati e descritti i seguenti sotto-processi:

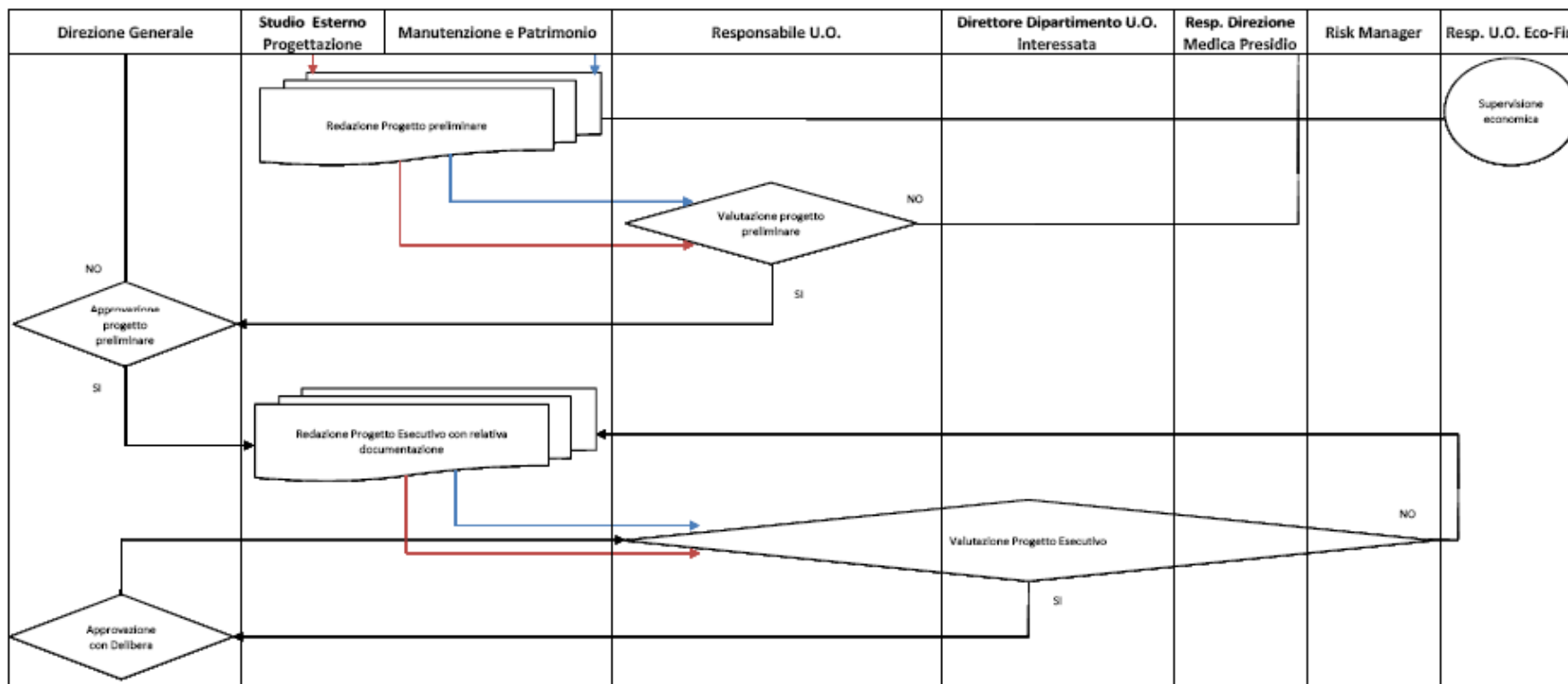
4. Progettazione Edilizia e Impiantistica con Finanziamento Interno dell'Azienda;
5. Progettazione con Finanziamento dell'Opera da parte della Regione / Stato;

Progettazione Edilizia e
Impiantistica con
Finanziamento Interno
dell'Azienda

Progettazione con
Finanziamento dell'Opera da
parte della Regione / Stato

SOTTOPROCESSO 2.A: " PROGETTAZIONE EDILIZIA E IMPIANTISTICA CON FINANZIAMENTO INTERNO DELL'AZIENDA"





2.a.1) Analisi necessità e bisogni del reparto richiedente, con coinvolgimento anche della Direzione Generale – Dir. Sanitaria – Dir. Medica di Presidio – Responsabile U.O. richiedente:

Il Responsabile di una U.O.:

6. in relazione a criticità riscontrate nel periodo precedente;
7. oppure a seguito della necessità di adeguarsi a intercorse variazioni normative,
8. oppure per sviluppare in modo ottimale l'organizzane del proprio reparto/servizio;
9. oppure al fine di concretizzare sviluppi di attività concordati a livello aziendale;
10. sottopone al proprio Direttore di Dipartimento la richiesta di apportare modifiche o migliorie ai propri locali (ad esempio si intende ristrutturare un reparto dell'ospedale cambiandone le destinazioni d'uso, o rifare alcuni impianti per attività specialistiche, ecc.), e normalmente invia richiesta di esecuzione delle opere all'Ufficio Tecnico, mediante relazione scritta che contiene le motivazioni dell'intervento. Quest'ultimo, dopo aver valutato la richiesta, propone alla Direzione Generale la fattibilità mediante una relazione tecnica accompagnatoria che ne sottolinea le questioni tecniche e i conseguenti oneri economici previsti. La Direzione Generale valuta la convenienza sia economica sia funzionale di quanto richiesto dal Dirigente del reparto richiedente, e si esprime sulla convenienza dello stesso. Successivamente all'esito positivo la Direzione Generale:

- incarica il Direttore dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio che in collaborazione con il Referente del settore progettazioni (collaboratore tecnico professionale) procede alla redazione di un progetto preliminare;
- oppure nel caso in cui la struttura interna non riesca a garantire (dandone motivazione scritta, verificata dal Direttore del Dipartimento Amministrativo), per la complessità tecnologica e per la tempistica della richiesta, la progettazione la Direzione Generale decide di affidare la progettazione all'esterno. In tale caso l'Azienda dovrà procedere all'identificazione del Progettista mediante apposita procedura.

Nello specifico i criteri adottati per la scelta dell'affidamento della progettazione a professionisti esterni sono legati nella maggior parte dei casi alla complessità tecnologica del lavoro che può essere individuata, secondo normativa, nella soglia economica indicativa di €. 500.000,00. Tendenzialmente per progetti che superano tali importi sono necessarie documentazioni tecniche per le quali risulta necessario un'organizzazione complessa (strumenti, competenze professionali specifiche e tempo dedicato) ed il ruolo di R.U.P. è in contrasto con l'affidamento di incarichi di progettazione per tali importi.

2.a.2) Realizzazione progetto preliminare con valutazione dei costi e benessere dell'U.O. richiedente, verifica copertura finanziaria:

Successivamente alle indicazioni della Direzione Generale per la redazione del progetto preliminare vengono coinvolti dal Direttore dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio (o dal progettista esterno) le seguenti figure:

- Direttore della Direzione Medica di Presidio: viene coinvolto nella fase di verifica della analisi dei bisogni e della rispondenza delle richieste a quanto previsto dai programmi della Direzione Strategica, nonché della valutazione del rispetto delle normative vigenti in materia di accreditamento nonché sulla gestione e mediazione con i referenti del Servizio su eventuali modifiche e/o alterazioni dell'attività svolta all'interno dell'U.O. interessata;
- Responsabile della U.O. richiedente ed il Direttore di Dipartimento richiedente: vengono coinvolti per valutare e programmare le necessità di tipo logistico ed operativo dell'U.O. oggetto di intervento;
- Responsabile S.P.P.R. coinvolto per il rispetto di quanto si vuole realizzare, alle norme previste della normative vigenti in tema di protezione e prevenzione;
- Responsabile dell'U.O. Economico Finanziaria per la verifica della copertura economica delle opere che si intendono realizzare.

Verificata la fattibilità e la convenienza delle opere richieste, l'U.O. Manutenzione e Patrimonio (nel caso il progettista esterno) provvede alla redazione di un progetto di massima, composto da tavole grafiche esplicative ed elaborati descrittivi delle opere da realizzarsi ed un calcolo di massima della spesa prevista, che verrà sottoposto per la valutazione ed accettazione al responsabile dell'U.O. richiedente al fine di migliorare, integrare o modificare le prime idee di massima sui lavori da realizzarsi.

Il progetto preliminare viene quindi sottoposto alla Direzione Generale, corredato dalle approvazione degli attori coinvolti, per la relativa approvazione.

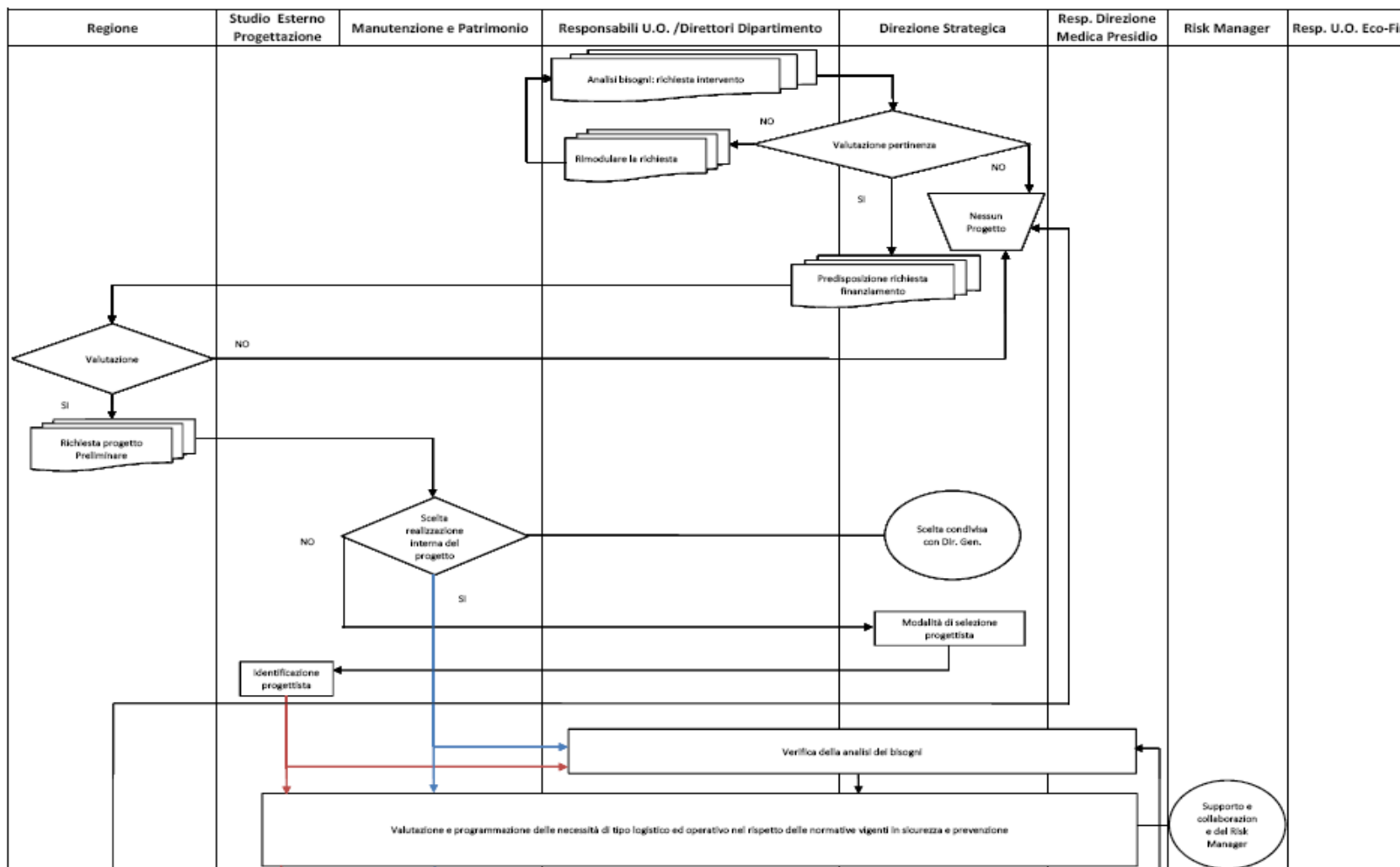
2.a.3) Realizzazione progetto definitivo ed esecutivo, con acquisizione dei relativi permessi dagli organismi preposti

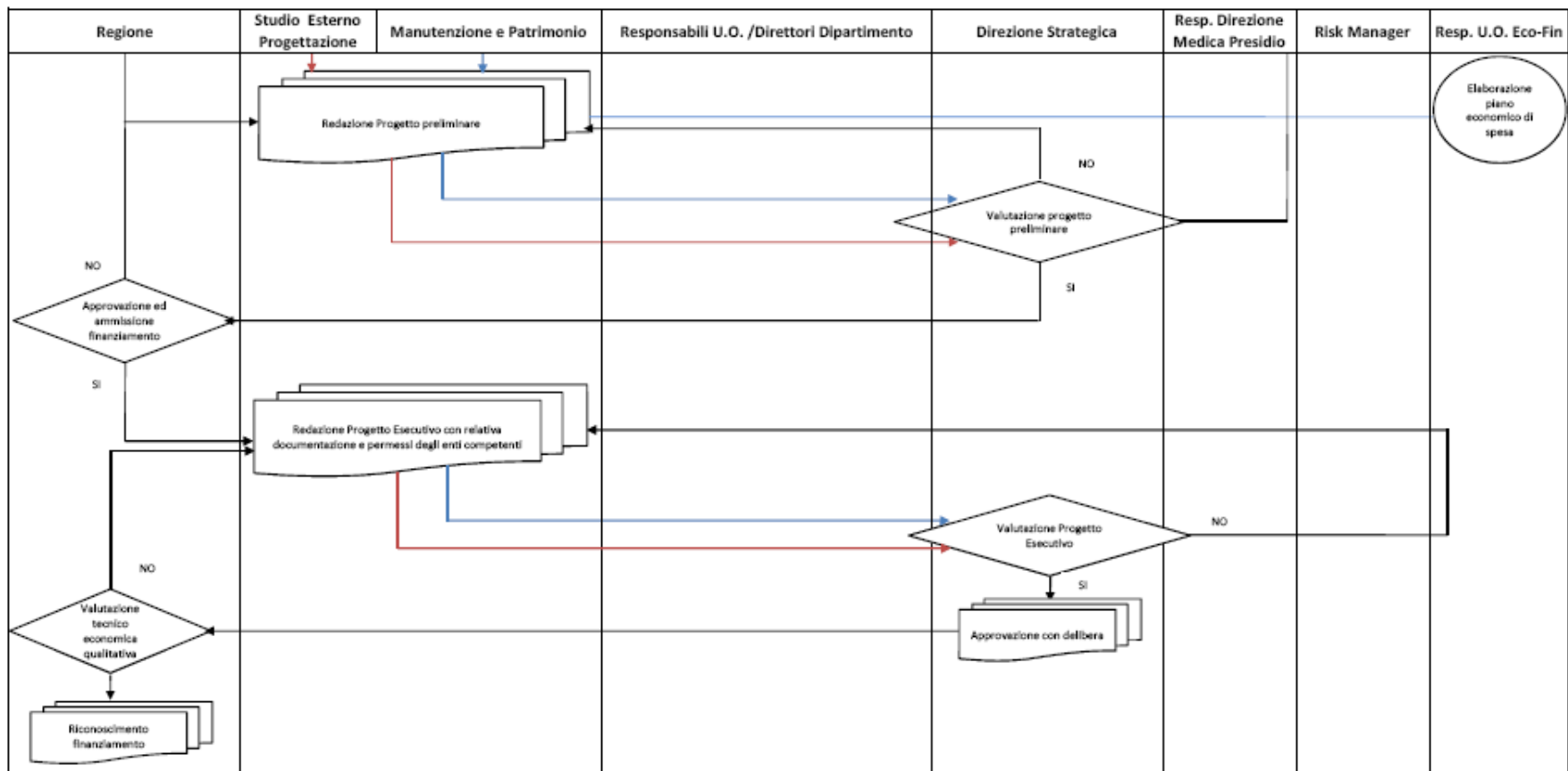
A seguito della redazione del progetto preliminare con il successivo benessere sia del Direttore di Dipartimento/Responsabile di U.O. richiedente, sia della Direzione Generale, si procede alla redazione del progetto definitivo, con la realizzazione delle relative tavole grafiche composte da elaborati architettonici, impiantistici e particolari costruttivi, dei computi metrici estimativi, delle relazioni tecniche, del piano di sicurezza, D.U.V.R.I., degli eventuali calcoli strutturali.

2.a.4) Approvazione del progetto da parte dell'Azienda

Una volta realizzata la progettazione definitiva, con l'ottenimento dei relativi pareri (Responsabile S.P.P.R., Direzione Medica di Presidio, Responsabile U.O. interessata – attraverso compilazione dell'apposito modulo comprensivo della spesa prevista), con le eventuali integrazioni e con il livello di dettaglio richiesto dalla normativa, il progetto diviene esecutivo e le opere vengono definitivamente approvate con atto formale dalla Direzione Generale, e successivamente si provvede a presentare il progetto agli organismi preposti alla sua approvazione ed al rilascio dei permessi necessari per l'inizio delle opere (Comune, Asl, VV.F. ecc.).

SOTTOPROCESSO 2.B: " PROGETTAZIONE CON FINANZIAMENTO DELL'OPERA DA PARTE DELLA REGIONE/STATO "





2.b.1) Analisi necessità e bisogni del reparto richiedente, con coinvolgimento anche della Direzione Generale – Dir. Sanitaria – Dir. Medica di Presidio – Responsabile U.O. richiedente:

I Responsabili di UU.OO/di Dipartimento

- in relazione a criticità riscontrate nel periodo precedente;
- oppure a seguito della necessità di adeguarsi a intercorse variazioni normative,
- oppure per sviluppare in modo ottimale l'organizzane del proprio reparto/servizio;
- oppure al fine di concretizzare sviluppi di attività concordati a livello aziendale;

sottopongono alla Direzione Strategica le richieste. Se tali richieste rappresentano interventi specifici e rientrano nelle disponibilità aziendali, l'azienda fa fronte alle stesse con finanziamento proprio (a tal punto si veda il sottoprocesso "2.a) Progettazione con finanziamento interno all'azienda). In caso contrario l'azienda richiede uno specifico finanziamento alla Regione.

In caso di richiesta di finanziamento può verificarsi che l'elemento propositivo sia direttamente la Direzione Strategica che, supportata dagli appositi organi (Collegio di Direzione):

- rilevati i limiti strutturali e logistici dell'azienda;
- considerate le linee strategiche pluriennali definite in precedenza;
- considerate le variazioni normative;

decide di effettuare determinati interventi e pertanto richiede la collaborazione dei Responsabili di UU.OO. e dei Direttori di Dipartimento al fine di definire al meglio i fabbisogni di intervento.

A seguito di richiesta alla Regione da parte delle Aziende interessate alla realizzazione di opere, di erogazione di finanziamenti e dopo valutazione delle domande pervenute dai vari Enti, la Regione richiede, con termini temporali molto ristretti, la presentazione di un progetto preliminare da porre in approvazione ed essere ammesso a finanziamento.

A tal punto, la Direzione Generale:

- incarica il Direttore dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio che in collaborazione con il Referente del settore progettazioni (collaboratore tecnico professionale) procede alla redazione di un progetto preliminare;
- oppure nel caso in cui la struttura interna non riesca a garantire (dandone motivazione scritta), per la complessità tecnologica o per l'urgenza della richiesta, la progettazione, la Direzione Generale decide di affidare la progettazione all'esterno. In tale caso si dovrà procedere all'identificazione del Progettista attraverso idoneo iter procedurale.⁵

⁵ Di fatto, in caso di finanziamento esterno, tale possibilità è da considerarsi molto frequente. Per tale motivo i rischi eventualmente correlati alla progettazione interna non verranno considerati in quanto: 1) la probabilità di progettazione interna in caso di finanziamento esterno è minima; 2) la casistica rientra nelle schede di sintesi previste nel sottoprocesso "2.a Progettazione con finanziamento interno all'azienda"; si tratterebbe pertanto di duplicare schede già elaborate. Si rimanda alle schede del Sottoprocesso 2.a.

Nello specifico i criteri adottati per la scelta dell'affidamento della progettazione a professionisti esterni sono legati nella maggior parte dei casi alla complessità tecnologica del lavoro che può essere individuata nella soglia economica indicativa di €. 500.000,00. Tendenzialmente per progetti che superano tali importi sono necessarie documentazioni tecniche per le quali risulta necessario un'organizzazione complessa (strumenti, competenze professionali specifiche e tempo dedicato) ed il ruolo di R.U.P. è in contrasto con l'affidamento di incarichi di progettazione per tali importi. .

2.b.2) Redazione progetto preliminare (e valutazione economica per l'assegnazione del finanziamento, con l'individuazione delle aree di finanziamento):

A seguito della scelta di effettuare la progettazione all'esterno o all'interno (nel primo caso l'U.O. Manutenzione e Patrimonio collaborerà col Professionista esterno e servirà quale elemento di raccordo tra le strutture aziendali e i Tecnici esterni) vengono coinvolte dal progettista esterno (o dal Direttore dell'U.O. Manutenzione e Patrimonio) le seguenti figure:

- Direttore della Direzione Medica di Presidio: viene coinvolto nella fase di verifica della analisi dei bisogni e della rispondenza delle richieste a quanto previsto dai programmi della Direzione Strategica, nonché della valutazione del rispetto delle normative vigenti in materia di accreditamento nonché sulla gestione e mediazione con i referenti del Servizio su eventuali modifiche e/o alterazioni dell'attività svolta all'interno dell'U.O. interessata;
- Responsabile della UU.OO. e dei Dipartimenti interessati dal progetto: vengono coinvolti per valutare e programmare le necessità di tipo logistico ed operativo;
- Responsabile S.P.P.R. coinvolto per il rispetto di quanto si vuole realizzare, alle norme previste della normative vigenti in tema di protezione e prevenzione;
- Responsabile dell'U.O. Economico Finanziaria (nel caso di progettazione interna) per la verifica della copertura economica delle opere che si intendono realizzare.

Verificati gli aspetti appena citati il progettista esterna (nel caso l'U.O. Manutenzione e Patrimonio) provvede alla redazione di un progetto preliminare, composto da tavole grafiche esplicative ed elaborati descrittivi delle opere da realizzarsi nei quali vengono riportate in linea di massima le finalità che si intendono raggiungere e le caratteristiche tecniche di quanto si vuole realizzare.

Il progetto preliminare viene quindi sottoposto alla Direzione Generale, corredato dalle approvazioni degli attori coinvolti, per la relativa approvazione; tale progetto viene successivamente inviato in Regione per essere approvato e di conseguenza ammesso al finanziamento.

2.b.3) Redazione progetto definitivo ed esecutivo (con personale interno o con studio esterno per approvazione regionale e successiva erogazione del finanziamento):

A seguito della redazione del progetto preliminare e del consenso regionale all'esecuzione del progetto, si procede alla redazione del progetto definitivo ed esecutivo, con la realizzazione delle relative tavole grafiche composte da elaborati architettonici, impiantistici e particolari costruttivi, dei computi metrici estimativi, delle relazioni tecniche, del piano di sicurezza, D.U.V.R.I., degli eventuali calcoli strutturali secondo le indicazioni normative e le richieste Regionali.

In tale fase il progetto esecutivo deve essere corredato dei permessi delle istituzioni preposte alla sua verifica ed approvazione, cioè del relativo parere preventivo del Comando Provinciale dei VV.F., del parere rilasciato dall'ASL di competenza, del parere della competente Struttura Territoriale Regionale (Ex Genio Civile) della provincia di competenza, degli eventuali pareri o permessi in ambito urbanistico da parte del Comune interessato e dell'eventuale parere della Soprintendenza ai Beni Ambientali e Culturali. Tali pareri devono essere acquisiti dal progettista incaricato, sia esso interno od esterno all'Azienda.

2.b.4) Approvazione del progetto da parte dell'Azienda

Una volta realizzata la progettazione esecutiva, con l'ottenimento dei relativi pareri (Responsabile S.P.P.R., Direzione Medica di Presidio, Responsabile UU.OO/Dipartimenti interessati - attraverso compilazione dell'apposito modulo comprensivo della spesa prevista), le opere vengono definitivamente approvate con atto formale dalla Direzione Generale, e tutta la documentazione viene inviata in Regione per la valutazione tecnico-economica-qualitativa al fine di ottenere il relativo finanziamento.

PROCESSO: Progettazione

FUNZIONI COINVOLTE

Funzione 1: DIRETTORE MANUTENZIONE PATRIMONIO⁶

Funzione 2: Servizio di Ingegneria Clinica⁷.

Funzione 3: COLLABORATORE TECNICO - ASSISTENTE TECNICO⁸

⁶Competenze Generali: assicura il mantenimento delle strutture, l'adeguamento delle strutture alla normativa, la risposta progettuale alle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, le proposte progettuali a favore dell'innovazione della struttura.

⁷Il servizio si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso anche dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio assume un ruolo di supporto alla programmazione e valutazione acquisti, garantisce il controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, l'introduzione di nuove tecnologie, l'informazione sulle tecnologie in ambito sanitario e attività di ricerca.

⁸Competenze Generali: Sovrintende all'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie eseguite direttamente od in regime di contratto d'appalto tramite aziende esterne; Redige, in collaborazione con il Direttore di U.O. e con le altre professionalità presenti nella U.O. stessa, progetti architettonici, strutturali ed impiantistici riguardanti l'ampliamento/modifica e la nuova realizzazione degli edifici appartenenti all'Azienda

Settore progettazione e pratiche amministrative Redige progetti architettonici, strutturali ed impiantistici riguardanti l'ampliamento/modifica e la nuova realizzazione degli edifici appartenenti all'Azienda Cura i rapporti amministrativi e tecnici con gli enti pubblici (Regione Comune VV.F. Ecc.) Gestisce i rapporti di tipo contrattuale con i fornitori per la telefonia e le energie (elettricità, gas medicali, metano, acqua).

Settore manutenzione immobili ed impianti tecnologici Sovrintende all'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie eseguite direttamente od in regime di contratto d'appalto tramite aziende esterne. E' garante, mediante una adeguata programmazione e

Funzione 4: COLLABORATORE AMMINISTRATIVO - ASSISTENTE AMMINISTRATIVO⁹

Funzione 5: Risk Manager (RSPP)¹⁰ Interdipendenza con U.O. RISK MANAGEMENT - QUALITA' SICUREZZA

Funzione 6: Comando Provinciale VV.F. ¹¹(Funzione Esterna)

Funzione 7: ASL ¹²(Organo Esterno)

Funzione 8: Struttura Territoriale Regionale¹³ (Ex Genio Civile) (Organo Esterno)

Funzione 9: Provincia di Competenza¹⁴ (Organo Esterno)

Funzione 10: Comune di Competenza¹⁵ (Organo Esterno)

Funzione 11: Soprintendenza ai Beni Ambientali e Culturali¹⁶ (Organo Esterno)

Funzione 12: Regione Lombardia¹⁷ (Organo Esterno)

realizzazione dei piani di manutenzione, dell'affidabilità degli impianti e delle strutture. Coordina le squadre interne di operatori tecnici dei vari settori, nonché le ditte esterne che operano in supporto al personale dipendente. Supervisiona e coordina le attività della società che ha in appalto la gestione di tutti gli impianti tecnologici a servizio degli immobili della Azienda Gestisce le richieste di manutenzione provenienti dai settori e reparti dell'Azienda

Settore biotecnologie Segue tutte le fasi della vita delle apparecchiature sanitarie ed economiche dell'Azienda Ospedaliera, dall'acquisizione fino alla dismissione, garantendone il sicuro ed appropriato utilizzo e lo stato di efficienza ad un costo razionale. E' garante del controllo del piano di verifiche periodiche di sicurezza di tutti gli impianti elettrici dell'Azienda Analizza leggi e normative, ne valuta gli utilizzi e cura la diffusione ai reparti/servizi

Attuare gli adempimenti connessi o conseguenti ai provvedimenti

⁹Competenze Generali: Provvede alle funzioni ed attività amministrative proprie della U.O. ed è di supporto alle attività direzionali e professionali del personale tecnico Provvede alle procedure di affidamento di lavori, beni e servizi di competenza della u.o. nel rispetto del regolamento aziendale Provvede alla gestione degli ordini ed alla predisposizione delle fatture per la liquidazione Provvede al supporto amministrativo Cantiere per i Lavori di adeguamento Strutturale e Impiantistico Ospedale di Crema e per i Lavori di realizzazione Polo Sanitario di Soresina Nuovo Robbiani

¹⁰Competenze Generali: analisi dei rischi potenziali ed effettivi che incidono sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro

¹¹Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Verifica, Controllo, Approva, infine concede il Permesso Istituzionale di competenza, relativamente al Progetto esecutivo portato all'attenzione dal Progettista (sia esso interno o esterno)

¹²Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Verifica, Controllo, Approva, infine concede il Permesso Istituzionale di competenza, relativamente al Progetto esecutivo portato all'attenzione dal Progettista (sia esso interno o esterno)

¹³Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Verifica, Controllo, Approva, infine concede il Permesso Istituzionale di competenza, relativamente al Progetto esecutivo portato all'attenzione dal Progettista (sia esso interno o esterno).

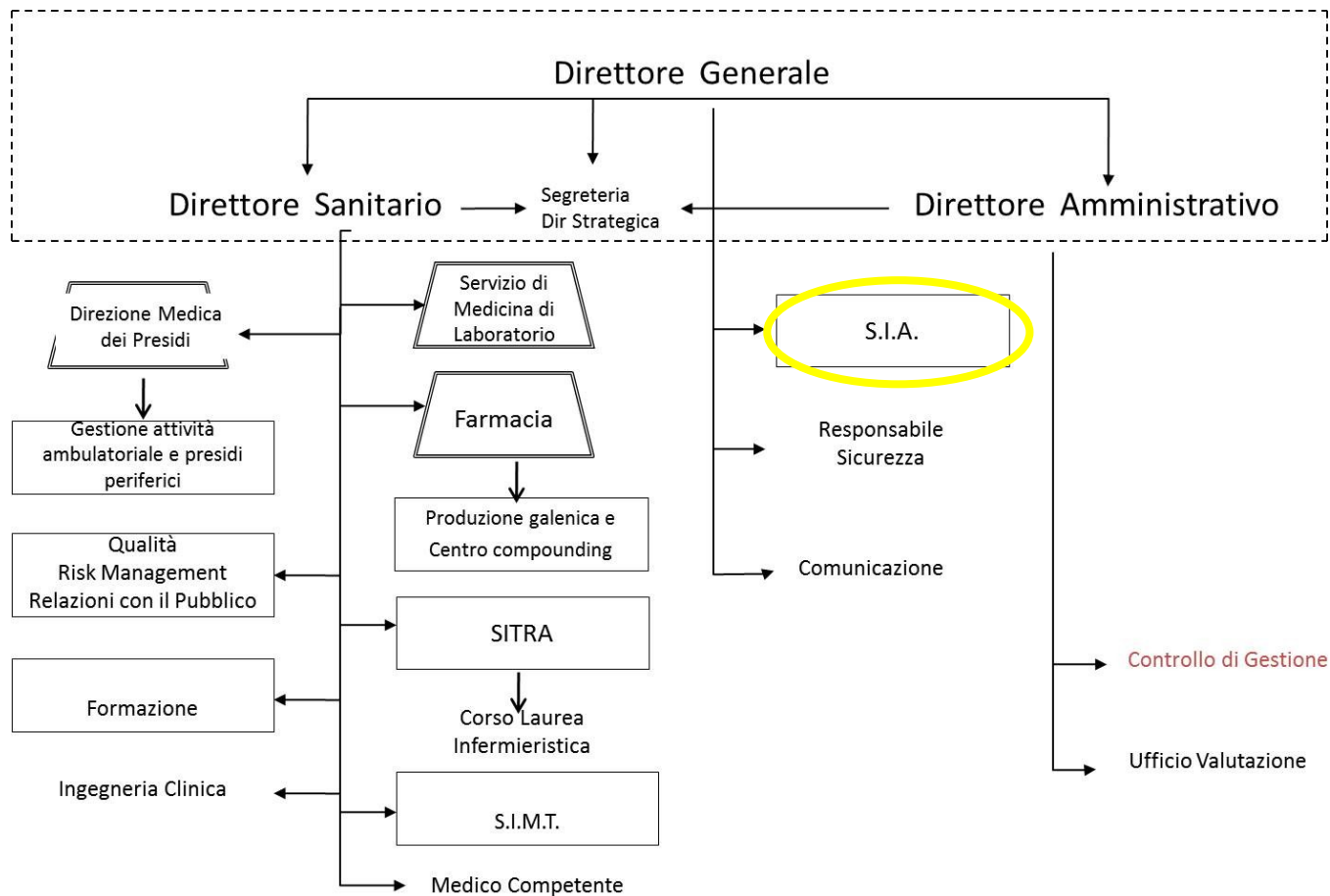
¹⁴Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Verifica, Controllo, Approva, infine concede il Permesso Istituzionale di competenza, relativamente al Progetto esecutivo portato all'attenzione dal Progettista (sia esso interno o esterno).

¹⁵Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Verifica, Controllo, Approva, infine concede il Permesso Istituzionale di competenza, relativamente al Progetto esecutivo portato all'attenzione dal Progettista (sia esso interno o esterno).

¹⁶Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Verifica, Controllo, Approva, infine concede il Permesso Istituzionale di competenza, relativamente al Progetto esecutivo portato all'attenzione dal Progettista (sia esso interno o esterno).

¹⁷Con riferimento al Sottoprocesso 2.b "Progettazione con Finanziamento Regione – Stato" fase 2.b.3 "Realizzazione del Progetto Esecutivo": Una volta sottoposto il Progetto Preliminare, svolge attività di controllo e approvazione rendendolo Esecutivo, con la realizzazione delle relative tavole grafiche composte da elaborati architettonici, impiantistici e particolari costruttivi, dei computi metrici estimativi, delle relazioni tecniche, del piano di sicurezza, D.U.V.R.I., degli eventuali calcoli strutturali secondo le indicazioni normative e le richieste Regionali.

PROCESSO: SERVIZI INFORMATICI IT



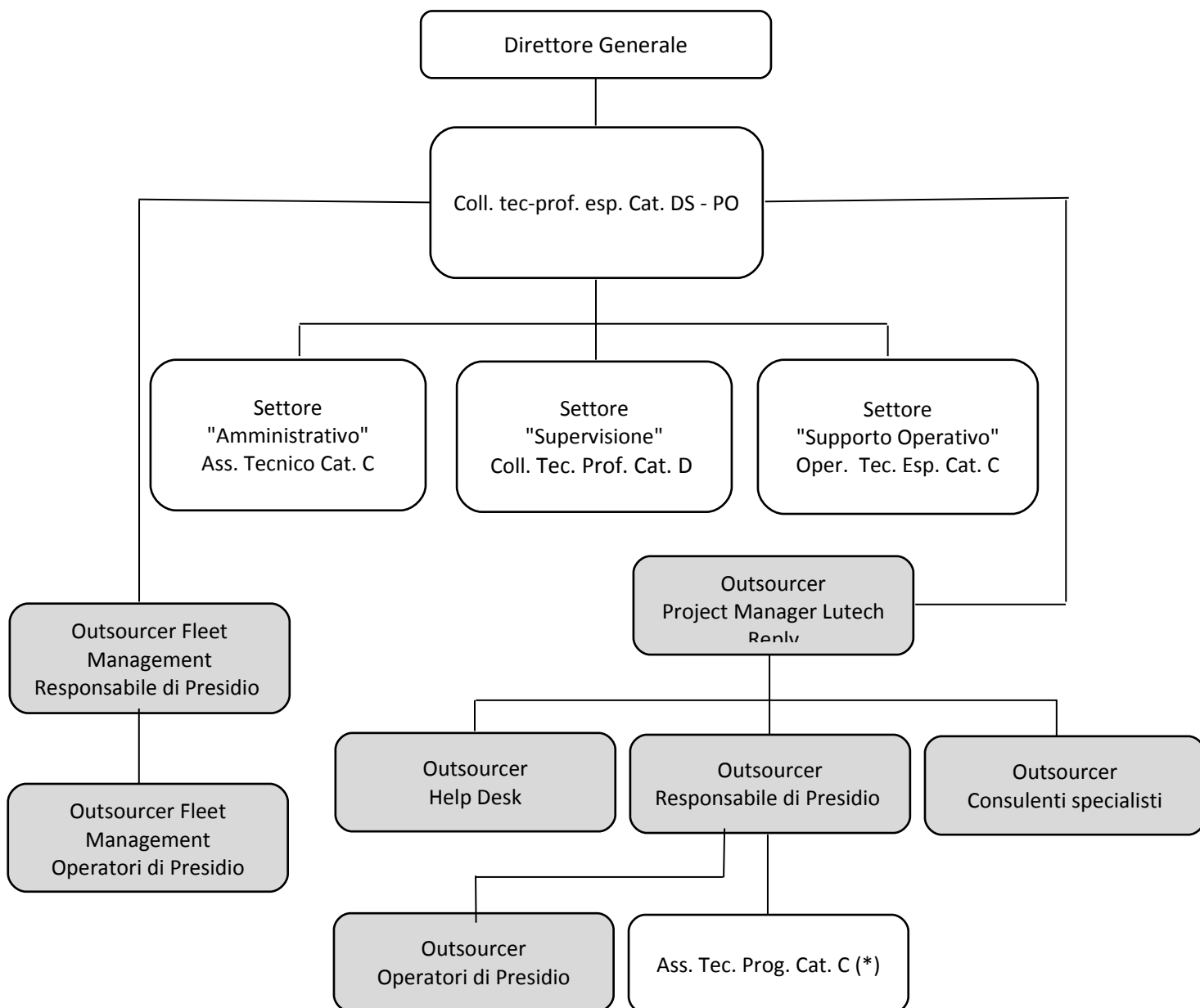
DIREZIONE DI AFFERENZA: GENERALE

STRUTTURA SEMPLICE: Sistemi Informativi Aziendali

Responsabile:	Dr.ssa Antonella Barbieri
Poteri e deleghe:	Il Direttore ha poteri di direzione e gestione nell'ambito dell'UO. Poteri del Direttore Generale trasferiti con delega: Deliberazione n. 587/2005, e Deliberazione n. 348/13 P.O.A.
Attività:	<p>S.S. SIA Competenze manageriali - Attività caratteristiche</p> <p>Il Sistema Informativo Aziendale assicura l'utilizzo dell'informatica all'interno dell'azienda gestendo lo sviluppo, l'organizzazione e la manutenzione dei sistemi informatici e delle reti di telecomunicazione nel rispetto della normativa vigente e in coerenza con i piani strategici aziendali; inoltre promuove lo sviluppo di progetti che utilizzano le tecnologie più innovative per implementare soluzioni di avanguardia.</p> <p>A tal fine il Sistema Informativo Aziendale assicura:</p> <ul style="list-style-type: none">○ l'adeguamento costante del sistema informativo amministrativo e sanitario per il controllo di tutti i dati aziendali, coerentemente ai piani di implementazione del progetto SISS e gestione dei processi per la rilevazione e comunicazione dei dati necessari al soddisfacimento del debito informativo dell'Azienda nei confronti del Ministero, della Regione ed ogni altra istituzione che ne abbia titolo ;○ la continua formazione degli utenti volta ad una piena integrazione dell'intero ciclo produttivo e contabile, in piena e costante compatibilità con lo sviluppo del SISS. Dovranno quindi essere sviluppate le loro competenze informatiche in modo da renderli autonomi ed indipendenti nell'impiego degli strumenti informatici;○ il soddisfacimento delle necessità informative interne dell'Azienda per la gestione, pianificazione e programmazione dell'attività propria in relazione alle indicazioni provenienti dalla Direzione Strategica. In quest'ottica particolare attenzione viene assicurata per il costante adeguamento del sistema informativo sanitario a supporto delle attività cliniche e dovrà essere garantita l'infrastruttura informatica necessaria alla gestione "integrata" delle tecnologie che consenta quindi di unire in un unico sistema dati aziendale, apparecchiature biomediche ed altre risorse tecnologiche;○ la definizione dell'architettura informatica aziendale, per la corretta custodia e sviluppo del patrimonio informativo dell'azienda: dovranno essere curati i processi di comunicazione interna dell'azienda per una corretta ed efficiente distribuzione dei dati a coloro che devono fruire direttamente delle informazioni nonché a chi gestisce le attività ed i servizi produttivi, il tutto nel rispetto della vigente normativa in tema di privacy. <p>Al fine di assolvere a tale ruolo, l'Azienda si è dotata di un Sistema Informativo Aziendale costituito da una propria struttura "leggera" in termine di dotazione di risorse umane e di avvalersi di un partner esterno che assicuri sia un supporto consulenziale sia il mantenimento e lo sviluppo del sistema hardware e software aziendale</p> <p>Grado di Autonomia Gestionale Numero addetti del comparto dedicati: 5</p> <p>Responsabilità La struttura negozia il budget aziendale pertanto ha responsabilità di risultato.</p> <p><i>(tratto dalla Delibera 348 dell'8.11.2012 "Adozione del Piano di Organizzazione Aziendale dell'A.O. Ospedale Maggiore di Crema")</i></p>

ORGANIGRAMMA DELL'UNITA' OPERATIVA

L'Organigramma riporta nell'ordine gerarchico le singole figure professionali.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Le tecnologie informatiche consentono all'Azienda Ospedaliera di controllare, pianificare e gestire in modo integrato le attività operative interne.

Il processo si occupa della gestione di tutte le richieste di intervento dell'utenza finale, della gestione dell'infrastruttura hardware e software, della manutenzione delle Postazioni di Lavoro, della gestione della rete Aziendale e della manutenzione e gestione delle componenti applicative e delle basi dati aziendali.

Sono stati individuati e descritti i seguenti sotto-processi:



HELP DESK

SOTTOPROCESSO 1.1: " HELP DESK "

L'Help Desk consiste in un unico punto di accesso, per raccogliere le richieste di intervento dell'utenza finale, in merito a qualsiasi elemento facente parte del Sistema Informativo Ospedaliero.

E' fornito a tutti gli utilizzatori interni dei sistemi informatici, personale della sede centrale e di tutte le sedi periferiche e/o degli ambulatori convenzionati dell'Azienda, un supporto per la soluzione dei problemi relativi all'utilizzo delle postazioni di lavoro (hardware, software di base e software applicativo), dell'infrastruttura informatica di sede (LAN, WAN, Server, Router, etc.), dei siti web internet ed intranet, delle applicazioni software che costituiscono il portafoglio applicativo dell'Azienda Ospedaliera.

Il Servizio di Help Desk ha l'obiettivo di accogliere richieste sia in merito a segnalazioni di problemi che in merito a richieste di supporto all'utilizzo di una componente del Sistema Informativo, da parte dell'utenza finale.

La ricezione delle segnalazioni avviene in un unico punto di contatto, tramite un accesso telefonico, un'e-mail, o un fax. A fronte della chiamata ricevuta viene inserito in un apposito strumento di *trouble ticketing* e *call tracking* con assegnazione in automatico di un codice identificativo univoco di tipo numerico/alfanumerico.

MANUTENZIONE CED

SOTTOPROCESSO 1.2: " MANUTENZIONE CED "

La manutenzione CED consiste nella gestione dell'infrastruttura hardware e software che ospita il Sistema Informativo di proprietà dell'Azienda Ospedaliera, ossia un supporto tecnico per mantenere operativa ed efficiente l'infrastruttura IT, con la gestione della sicurezza logica e fisica, per garantire l'integrità e la riservatezza dei dati personali residenti sui server.

E' prevista la manutenzione sia correttiva che preventiva con relativa gestione operativa dei malfunzionamenti HW e SW (manutenzione hardware, conduzione e monitoraggio delle attività di backup, gestione operativa dei server, gestione sistemistica del software, manutenzione dell'inventario di dettaglio delle componenti della server farm).

SOTTOPROCESSO 1.3: “ MANUTENZIONE POSTAZIONE DI LAVORO ”

La manutenzione delle Postazioni di Lavoro consiste nella gestione completa dell'informatica distribuita, fornendo un adeguato supporto all'utenza e garantendo il mantenimento in efficienza e piena operatività dei posti di lavoro, delle periferiche e degli apparati.

Il servizio include: le attività di IMAC (comprendente tutte le attività legate alla configurazione, all'installazione, alla dismissione e alla manutenzione delle apparecchiature informatiche che fanno parte del parco macchine), le attività di configurazione (controllo formale dei colli, assemblaggio delle componenti hardware, identificazione dell'apparecchiatura), installazione ed attivazione del sistema, verifica del corretto funzionamento delle attrezzature, le attività di manutenzione (sia correttiva che preventiva con gestione operativa dei malfunzionamenti HW e SW) e la gestione dell'inventario di dettaglio delle componenti del parco macchine.

SOTTOPROCESSO 1.4: “ GESTIONE RETI ”

Il servizio consiste nella conduzione dei sistemi di telecomunicazione, in particolare le LAN dei vari presidi con i relativi dispositivi e la wan. Il monitoraggio dell'infrastruttura IT è continuo per poter individuare e segnalare tempestivamente i malfunzionamenti. La piattaforma utilizzata garantisce la gestione dell'inventario di dettaglio delle componenti degli apparati, interroga ciclicamente tutti gli elementi gestiti per verificarne lo stato di funzionamento, riceve allarmi generati a seguito di guasti hardware e/o software, permette di classificare gli allarmi ricevuti in funzione della gravità, effettua attività predefinite (ad es. lancio di processi, invio di mail, etc.) a seguito del verificarsi di eventi codificati, rende disponibili le informazioni raccolte sotto forma di grafico su periodi selezionabili (ore, giorni, settimane, mesi).

SOTTOPROCESSO 1.5: “ MANUTENZIONE APPLICAZIONI E BASE DATI ”

Questo servizio ha lo scopo di mantenere in efficienza le componenti applicative, i sistemi RDBMS (Relational database management system) ed i servizi dei sistemi infrastrutturali. Il servizio assicura la gestione e la manutenzione del portafoglio applicativo dell'Azienda Ospedaliera, incluse le manutenzioni migliorative, adeguate ed evolutive.

SOTTOPROCESSO 1.6: “ Verifica e controllo dei beni e servizi appaltati (SLA)”

La verifica ed il controllo dei beni e servizi appaltati in merito a quanto effettuato dall'U.O. Sistemi Informativi Aziendali si concretizza, a seguito dell'aggiudicazione della gara, nella definizione del calendario per la verifica degli S.L.A. (Service Level Agreement) preventivamente definiti in sede di capitolato speciale e nella conseguente verifica.

I servizi monitorati sono i seguenti:

- Manutenzione CED, Gestore, Monitoraggio reti e sistemi, Reportistica e Manutenzione Applicazioni-DB per l'outsourcing Lutech-Reply.
- Manutenzione PdL, Help Desk, noleggi e verifica pagine stampate per l'outsourcing Fleet Management di R.L.

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema ha individuato nella figura del Responsabile dei Sistemi Informativi la responsabilità di valutare gli S.L.A. congiuntamente al sottoposto settore "Supervisione". Le suddette figure verificano la rispondenza dei singoli S.L.A. con quanto previsto in sede di gara.

La risultanza dei controlli effettuati porta alla redazione di:

- un report per la direzione che descrive una sintesi dei controlli ed in genere l'andamento dell'appalto;
- un report per la funzione Economica e Finanziaria per la liquidazione delle fatture del servizio;
- una comunicazione all'outsourcer nel caso di non raggiungimento dei parametri stabiliti con la conseguente indicazione della detrazione che questi deve applicare alla prima fatturazione utile.

La definizione del calendario per la verifica degli S.L.A. necessita di una particolare attenzione in quanto, avendo definito nel capitolato speciale dei controlli con cadenze differenziate (mensili, trimestrali e "a campione"), risulta fondamentale effettuare le varie tipologie di controlli identificati.

E' importante eseguire i controlli nei tempi stabiliti poiché a seguito di questa attività ne deriva la corretta e tempestiva fatturazione da parte dell'outsourcer e la conseguente liquidazione. Nel concreto questa fase si articola nel reperimento di tutte le informazioni necessarie al rilevamento dei parametri utili per la misurazione del singolo S.L.A.

I dati raccolti vengono confrontati con i parametri individuati nel capitolato speciale. A seguito di tale attività di confronto emergono le eventuali penalità cui viene sottoposto l'outsourcer, il quale nel primo mese utile fatturerà, a seguito di formale comunicazione da parte dell'A.O., il canone mensile decurtato del valore delle penalità riscontrate.

PROCESSO: Servizi Informatici IT

FUNZIONI COINVOLTE

FUNZIONE 1. Responsabile SIA¹

FUNZIONE 2 : Assistente Tecnico /Amministrativo Categoria C²

¹Il Responsabile assicura l'utilizzo dell'informatica all'interno dell'azienda gestendo lo sviluppo, l'organizzazione e la manutenzione dei sistemi informatici e delle reti di telecomunicazione nel rispetto della normativa vigente e in coerenza con i piani strategici aziendali; promuove lo sviluppo di progetti che utilizzano le tecnologie più innovative per implementare soluzioni di avanguardia. E' responsabile della verifica dell'andamento del servizio di outsourcer.

Direzione e Organizzazione della Struttura:

- Ha la responsabilità tecnico-professionale, organizzativa e gestionale della struttura;
- Coordina le attività della struttura a cui è preposto perseguendo la massima integrazione con le altre strutture dipartimentali e aziendali, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni;
- Predisporre gli atti di competenza dell'Unità Operativa;
- È responsabile dell'applicazione del Sistema di Valutazione aziendale;

Programmazione:

- Contribuisce all'elaborazione, di contributi alla programmazione aziendale;
- Traduce a livello organizzativo e gestionale gli indirizzi programmatori e strategici aziendali e dipartimentali;
- Propone nuove attività e modelli operativi e ne cura l'attuazione una volta autorizzati;

Gestione Budget struttura:

- Discute e contratta il budget della struttura;
- È responsabile del raggiungimento degli obiettivi della struttura;
- Garantisce l'informazione a tutti gli operatori della struttura in merito agli obiettivi di budget;
- Verifica periodicamente il livello di raggiungimento degli obiettivi e adotta gli opportuni interventi di adeguamento;

Qualità / Sicurezza:

- È responsabile della sicurezza della struttura;
- Propone e monitora l'implementazione all'interno della struttura del sistema di qualità aziendale;
- Promuove la definizione e/o l'applicazione di linee guida e/o protocolli

²Il settore tecnico amministrativo:

- ha contatto personale e telefonico con gli utenti ed i fornitori;
- riceve i fornitori in azienda;
- effettua gli ordini, sovrintende e controlla la loro attuazione;
- controlla le fatture e collabora con la funzioni aziendali preposte alla liquidazione delle stesse;
- gestisce la corrispondenza sulla base di modelli (annotazioni, verbali, contratti, ecc.);
- organizza le commissioni per l'ufficio;
- distribuisce la posta in entrata e i fax;
- comunica con i vari partners di riferimento

FUNZIONE 3 : Collaboratore Professionale Categoria D³

FUNZIONE 4 : Operatore Tecnico Esperto Categoria C⁴

FUNZIONE 5 : Servizi in Outsourcing (Funzione Esterna)⁵

Con riferimento all'Attività di Manutenzione Postazione di Lavoro (Sottoprocesso 1.3).

L'Attività si identifica con la Gestione completa dell'Informatica Distribuita ovvero l'insieme di azioni aventi per oggetto quel supporto all'utenza finale atto a garantire efficienza operativa delle postazioni di lavoro, delle periferiche e, più in generale, degli apparati a supporto delle attività svolte.

-
- raccoglie informazioni (da uffici interni, partners ecc.) e fornire informazioni (agli utenti, ai fornitori, agli uffici interni ecc).

³Il settore supervisione:

- collabora alla verifica degli SLA, ovvero coadiuva al controllo dell'andamento del servizio di outsourcing; implementa ed attiva le procedure di raccolta dati necessarie al monitoraggio;
- collabora alla definizione delle procedure di identificazione delle eccezioni e della loro gestione, indicando chiaramente la responsabilità, il tempo di risoluzione e le modalità di comunicazione con l'utente;
- è consapevole delle priorità operative dell'Azienda Ospedaliera e delle problematiche tipiche degli utenti,
- amministra il servizio di imac, collaborando con il personale dei servizi interni richiedenti illustrando loro le conseguenze tecniche in merito alle modifiche richieste, ovvero trasforma informazioni tecniche in rapporti brevi e comprensibili;
- contribuisce all'analisi dell'impatto sull'azienda di tutte le richieste IMAC
- assiste l'azienda nella specifica di richieste di modifica ad attrezzature o servizi esistenti
- attiva le procedure di alienazione aziendale
- si rapporta con i fornitori e gli uffici interni.

⁴Il settore supporto operativo:

- controlla l'entrata delle forniture; nel caso di imprecisioni prende contatti con gli uffici competenti interni ed esterni;
- gestisce le configurazioni hardware e software delle apparecchiature ed aggiorna la base dati inventariale, comunicando i dati agli uffici interni competenti;
- ha padronanza della moderna elaborazione dei testi e dei dati (livello ECDL).
- collabora nell'installazione e nella configurazione dell'hardware e software di PdL (PC, stampanti, scanner, dispositivi interni) in conformità agli standard aziendali;
- collabora nell'installazione, configurazione e gestione dei principali sistemi operativi Microsoft;
- collabora nell'installazione e configurazione dei web browser e dei client di posta elettronica;
- collabora nell'installazione dei pacchetti software di informatica individuale e antivirus e relativo addestramento base;
- collabora nel supporto agli utenti finali all'utilizzo delle apparecchiature
- collabora nella diagnosi e risoluzione di problematiche hardware su PC, stampanti, scanner, ecc., contribuendo alla stesura dei protocolli operativi;

⁵Al momento l'Outsourcing si sostanzia nello svolgimento di attività coincidenti con i Sottoprocessi sopra descritti.

Con riferimento all'Attività di Help Desk (Sottoprocesso 1.1).

Scopo precipuo è la raccolta di tutte le segnalazioni, aventi per oggetto problemi o richieste di supporto, relative al Sistema Informativo Aziendale da parte dell'utenza finale, con riferimento all' Azienda Ospedaliera nel suo complesso, ovvero al personale di tutte le sedi.

Più specificatamente.

Costituisce oggetto di attività il supporto/risoluzione a problematiche relative al "Portafoglio Applicativo" Aziendale, ovvero, al complesso di Hardware, Software di base, Software Applicativo delle singole postazioni di lavoro nonché al complesso di componenti infrastrutturali quali LAN, WAN, Server, Router e altre componenti di infrastruttura oltre che al complesso dei Servizi on-line (Internet e Intranet).

Il Servizio si struttura nelle seguenti attività:

- IMAC
- Installazione
- Configurazione
- Manutenzione

Con riferimento all'Attività di Gestione Reti (Sottoprocesso 1.4).

Consistente nel complesso di servizi tesi all'amministrazione, monitoraggio, supporto e risoluzione di problemi dei Sistemi di Telecomunicazione sia LAN che WAN

In particolare.

Data la criticità, la gestione delle Reti prevede soluzioni quali la gestione di dettaglio delle componenti di rete e la costante interrogazione di tutti gli elementi gestiti al fine di verificarne il corretto funzionamento e garantire, nell'eventualità, la tempestività degli interventi necessari.

Con riferimento all'Attività di Manutenzione Applicazioni e Base Dati (Sottoprocesso 1.5).

Similmente alle Attività di Manutenzione sopra descritte (con particolare riferimento alla manutenzione relativa al Software), il servizio in oggetto ha quale precipuo scopo quello di garantire l'efficienza delle componenti Applicative, dei Sistemi RDBMS nonché dei Sistemi Infrastrutturali.

FUNZIONE 6 : Verifica e controllo dei beni e servizi appaltati (SLA)

La verifica ed il controllo dei beni e servizi appaltati in merito a quanto effettuato dall'U.O. Sistemi Informativi Aziendali si concretizza, a seguito dell'aggiudicazione della gara, nella definizione del calendario per la verifica degli S.L.A. (Service Level Agreement) preventivamente definiti in sede di capitolato speciale e nella conseguente verifica.

I servizi monitorati sono i seguenti:

- Manutenzione CED, Gestore, Monitoraggio reti e sistemi, Reportistica e Manutenzione Applicazioni-DB per l'outsourcing Lutech-Reply.
- Manutenzione PdL, Help Desk, noleggi e verifica pagine stampate per l'outsourcing Fleet Management di R.L.

Con riferimento all'Attività di Manutenzione CED (Sottoprocesso 1.2).

La fattispecie di Manutenzione cui si fa riferimento si sostanzia nella duplice veste di Manutenzione preventiva e correttiva. Queste sono date dal complesso di soluzioni di manutenzione hardware, gestione delle politiche di backup, gestione operativa dei server, gestione sistemistica del software e manutenzione della server farm)

L'oggetto dell'attività, il CED, è il Sistema attraverso cui si sostanzia il Patrimonio Informativo Aziendale.

Obiettivo dell'attività il mantenimento di alti standard di sicurezza fisica e logica del Patrimonio Informativo Aziendale la cui più immediata conseguenza, oltre all'efficacia e all'efficienza operativa, la garanzia di integrità e riservatezza dei dati sensibili.

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema ha individuato nella figura del Responsabile dei Sistemi Informativi la responsabilità di valutare gli S.L.A. congiuntamente al sottoposto settore "Supervisione". Le suddette figure verificano la rispondenza dei singoli S.L.A. con quanto previsto in sede di gara.

La risultanza dei controlli effettuati porta alla redazione di:

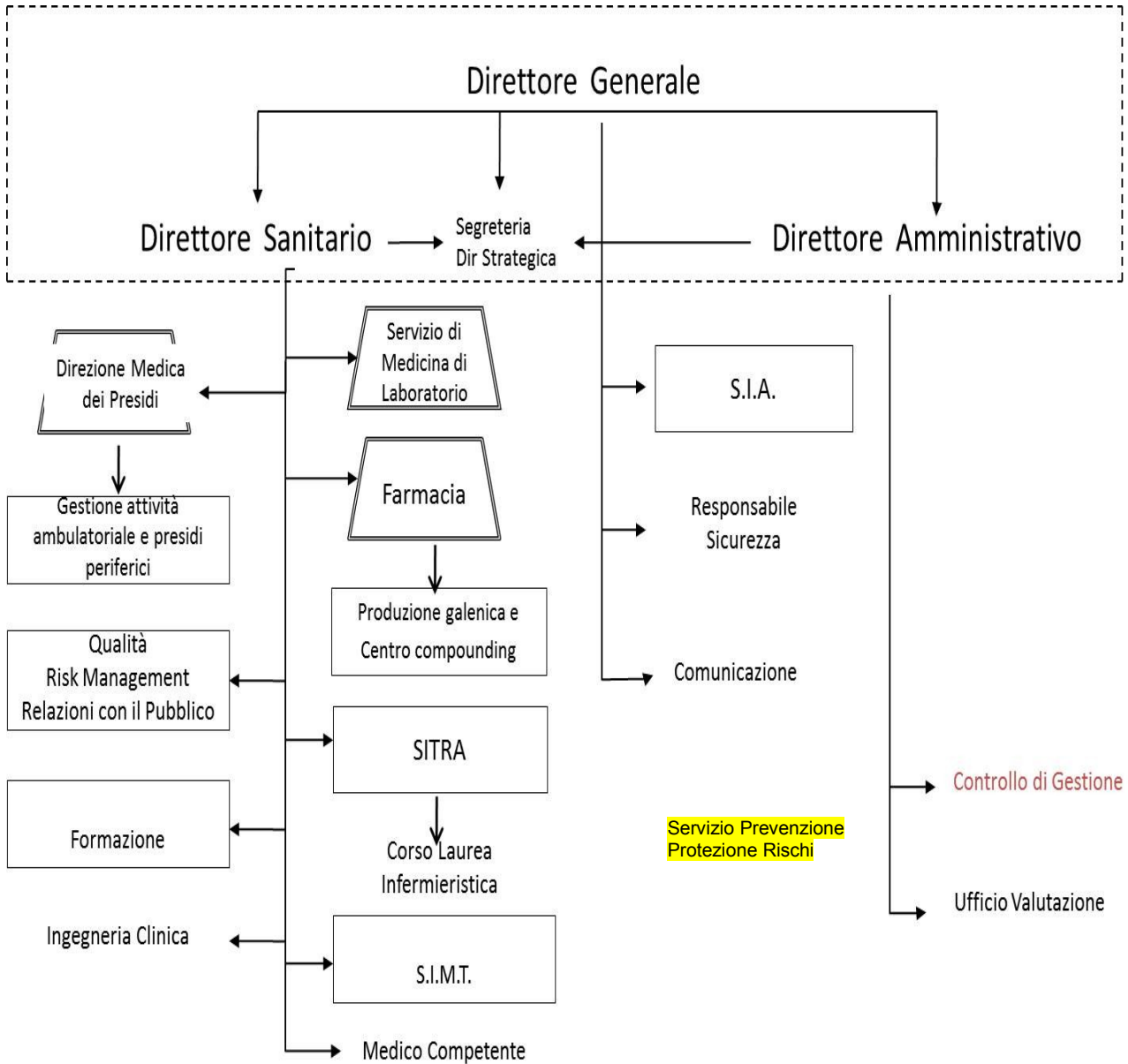
- un report per la direzione che descrive una sintesi dei controlli ed in genere l'andamento dell'appalto;
- un report per la funzione Economica e Finanziaria per la liquidazione delle fatture del servizio;
- una comunicazione all'outsourcer nel caso di non raggiungimento dei parametri stabiliti con la conseguente indicazione della detrazione che questi deve applicare alla prima fatturazione utile.

La definizione del calendario per la verifica degli S.L.A. necessita di una particolare attenzione in quanto, avendo definito nel capitolato speciale dei controlli con cadenze differenziate (mensili, trimestrali e "a campione"), risulta fondamentale effettuare le varie tipologie di controlli identificati.

E' importante eseguire i controlli nei tempi stabiliti poiché a seguito di questa attività ne deriva la corretta e tempestiva fatturazione da parte dell'outsourcer e la conseguente liquidazione. Nel concreto questa fase si articola nel reperimento di tutte le informazioni necessarie al rilevamento dei parametri utili per la misurazione del singolo S.L.A.

I dati raccolti vengono confrontati con i parametri individuati nel capitolato speciale. A seguito di tale attività di confronto emergono le eventuali penalità cui viene sottoposto l'outsourcer, il quale nel primo mese utile fatturerà, a seguito di formale comunicazione da parte dell'A.O., il canone mensile decurtato del valore delle penalità riscontrate.

Processo: SICUREZZA SUL LAVORO



DIREZIONE DI AFFERENZA: GENERALE
STRUTTURA SEMPLICE: Risk Management, Qualità e Sicurezza
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE RISCHI

Responsabile: Ing. Italo Cecchinelli

S.S. QUALITA' - RISK – URP

Alla struttura semplice "Qualità - Risk Management - Relazione con il Pubblico" sono attribuite le seguenti attività:

- elaborazione del Piano di Miglioramento della Qualità e della sicurezza Aziendale;
- Monitoraggio del Piano;
- definizione degli strumenti per l'individuazione e valutazione dei rischi;
- individuazione delle criticità;
- individuazione di azioni e strumenti per riduzione dei danni ai pazienti, al patrimonio e riduzione del contenzioso legale;
- definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- sostenere l'attività professionale degli operatori
- proporre ed attuare piani per contenere i costi assicurativi;
- promuovere e tutelare l'immagine aziendale dando risposta alle richieste/lamentele della cittadinanza ed analizzando le aree di minor soddisfazione da parte della cittadinanza stessa.

Si compone delle seguenti diverse funzioni:

- o Gruppo di Coordinamento per la gestione del Rischio
- o Comitato Valutazione dei Rischi

Responsabile Aziendale della Qualità e l'Ufficio Qualità: il sistema di gestione aziendale rappresenta un obiettivo strategico aziendale fondamentale. Gestisce il sistema di gestione aziendale applicando i metodi e gli strumenti di volta in volta più idonei per assicurare il *buon funzionamento* dei processi aziendali, la gestione *efficiente, efficace, etica, sicura, equa, appropriata, orientata ai risultati gestionali e clinici*, governando in modo coordinato e finalizzato agli obiettivi aziendali i diversi strumenti di miglioramento dei processi: accreditamento istituzionale, certificazione ISO, accreditamento all'eccellenza JCI, audit clinici, rischio clinico; è responsabile della gestione dei processi di miglioramento in tema di promozione della salute (Rete HPH), applica in azienda e supporta le UU.OO. nella Clinical Governance.

Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: governa gli aspetti inerenti e connessi con il vigente sistema della sicurezza nei luoghi di lavoro. Tale struttura dipende Direttamente dalla Direzione Strategica Aziendale. Svolge prevalentemente la funzione gestionale con verifiche ispettive del sistema e controlli sanitari per la sicurezza degli strumenti e degli operatori; di controllo al fine di far rispettare tutte le procedure in essere; di Vigilanza interna con interventi correttivi in caso di non conformità; ricorrendo metodologicamente alla informazione e alla formazione degli operatori.

Relazione con il Pubblico, assicura:

- la promozione e tutela dell'immagine aziendale;
- gestione ed analisi della customer satisfaction e l'elaborazione di proposte di miglioramento;
- la collaborazione e gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato;
- la gestione dei rapporti con l'Ufficio di Pubblica Tutela (U.P.T.).

Grado di Autonomia Gestionale

Numero dirigenti dedicati: 1,30

Numero addetti del comparto dedicati: 4,52

Responsabilità

La struttura negozia il budget aziendale pertanto ha responsabilità di risultato.

Il Responsabile del SPPR coordina il servizio in accordo a quanto previsto dal D.Lgs. 81/08; è in possesso dei requisiti previsti dall'art.32.

Collabora con il Medico competente alla valutazione dei rischi per conto del Datore di Lavoro e alla predisposizione delle misure di prevenzione e protezione come previsto anche dal Regolamento Aziendale per l'organizzazione e la gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro adottato con Delibera 207 del 14/04/2010.

In collaborazione con l'Ufficio formazione predispone il Piano annuale di formazione in ambito di sicurezza e predispone

la progettazione dei corsi programmati e partecipa attivamente come formatore.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Sono stati individuati i seguenti sotto-processi:

Si riporta il Sistema di Controllo inerente le "aree sensibili" in materia di Gestione della Sicurezza e Salute dei Lavoratori.



In particolare:

- Politica per la sicurezza e la salute sul lavoro
- Valutazione dei rischi
- Integrazione della salute e sicurezza nei processi aziendali e gestione operativa
- Definizione dei compiti e delle responsabilità
- Gestione sicurezza negli appalti e nei cantieri temporanei e mobili
- Formazione, addestramento, consapevolezza
- Gestione degli asset aziendali con riferimento alle attività connesse alla salute, sicurezza e igiene sul lavoro.

SOTTOPROCESSO 1.1:

" POLITICA PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO "

Politica per la
sicurezza e la salute
sul lavoro

Nell'Azienda Ospedaliera viene definito un documento formalizzato di Politica che stabilisce gli indirizzi e gli obiettivi generali in tema di salute, sicurezza e igiene sul lavoro che l'Azienda Ospedaliera stabilisce di raggiungere e che:

- è formalmente approvato dalla direzione aziendale;
- contiene l'impegno ad essere conforme con le vigenti leggi in materia di salute, sicurezza e igiene applicabili e con gli altri requisiti sottoscritti;
- definisce che la responsabilità nella gestione della SSL riguarda l'intera organizzazione aziendale, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze;
- contiene l'impegno a definire e diffondere all'interno dell'azienda gli obiettivi di SSL e i relativi programmi di attuazione;
- contiene l'impegno a considerare la SSL ed i relativi risultati come parte integrante della gestione aziendale;
- contiene l'impegno al miglioramento continuo ed alla prevenzione;
- contiene l'impegno a fornire le risorse umane e strumentali necessarie;
- contiene l'impegno al coinvolgimento ed alla consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;
- contiene l'impegno a riesaminare periodicamente la politica stessa ed il sistema di gestione attuato.

Tale strumento normativo e/o organizzativo è costituito dal documento "Regolamento aziendale per la organizzazione e gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro", adottato con Delibera N.207 del 14/04/2010.

La politica per la salute e la sicurezza sul lavoro è inoltre condivisa annualmente nelle riunioni periodiche di sicurezza con gli RLS, prevista ai sensi dell'art.35.

Valutazione
dei rischi

SOTTOPROCESSO 1.2: " VALUTAZIONE DEI RISCHI "

Viene adottato e attuato uno strumento normativo e/o organizzativo che identifica ruoli, responsabilità e modalità per lo svolgimento, approvazione e aggiornamento della valutazione dei rischi aziendali. In particolare:

- identifica modalità e criteri per la revisione in tempi o periodi determinati dei processi di identificazione dei pericoli e valutazione del rischio;
- prevede, laddove necessario, la tracciabilità dell'avvenuto coinvolgimento del Medico Competente, dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e delle altre figure previste dalle disposizioni normative vigenti nel processo di identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi;
- prevede, laddove necessario, la valutazione delle diverse tipologie di sorgenti di rischio: pericoli ordinari o generici, ergonomici, specifici, di processo e organizzativi e una individuazione di aree omogenee in termini di pericolo all'interno dell'azienda;
- prevede, laddove necessario, l'individuazione delle mansioni rappresentative dei lavoratori;
- prevede, laddove necessario, il censimento e la caratterizzazione degli agenti chimici e delle attrezzature e macchine presenti;
- prevede, laddove necessario, esplicita definizione dei criteri di valutazione adottati per le diverse categorie di rischio nel rispetto della normativa e prescrizioni vigenti.

Tale strumento normativo e/o organizzativo è costituito dal documento "Regolamento aziendale per la organizzazione e gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro", adottato con Delibera N.207 del 14/04/2010.

E' inoltre previsto nel paragrafo DVR 03 "Organizzazione della sicurezza" e DVR 04 "Criteri adottati", del Documento di Valutazione dei rischi.

Documento di Valutazione dei Rischi

L'Azienda Ospedaliera redige un documento di valutazione dei rischi e la conseguente documentazione redatta secondo le disposizioni vigenti e che contengano almeno:

- il procedimento di valutazione, con la specifica individuazione dei criteri adottati;
- l'individuazione e formalizzazione delle misure di prevenzione e protezione, e dei dispositivi di protezione individuale, conseguenti alla valutazione;
- il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- Viene inoltre disposta in azienda una copia del DVR e di tutta la documentazione a supporto all'elaborazione del DVR.

SOTTOPROCESSO 1.3:

Integrazione della salute e
sicurezza nei processi
aziendali e gestione
operativa

“INTEGRAZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI PROCESSI AZIENDALI E GESTIONE OPERATIVA”

Gestione delle emergenze

Nell’Azienda Ospedaliera viene attuato uno strumento normativo e/o organizzativo per la gestione delle emergenze, atto a mitigarne gli effetti interni, nel rispetto della salute della popolazione e dell’ambiente esterno. In particolare tale norma:

- definisce ruoli, responsabilità e misure per il controllo di situazioni di rischio in caso di emergenza, atte a controllare e circoscrivere gli eventi in modo da minimizzarne gli effetti;
- definisce le modalità di abbandono del posto di lavoro o zona pericolosa in cui persiste un pericolo grave e immediato;
- definisce le modalità di intervento dei lavoratori incaricati dell’attuazione delle misure di prevenzione incendi, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave ed immediato e di pronto soccorso;
- definisce le modalità e la tempistica/frequenza di svolgimento delle prove di emergenza.

Le misure sopradescritte sono riportate nel documento “Piano di emergenza ed evacuazione aziendale”.

Misura e monitoraggio delle prestazioni – infortuni e incidenti

Viene adottato e attuato uno strumento di monitoraggio che assicura:

- il flusso informativo all’Ufficio del Personale di ogni infortunio per la conseguente denuncia all’Inail e da questo al Servizio Prevenzione e Protezione e all’Ufficio del Medico competente;
- analisi e registrazione statistica dei dati compreso il data-base Regionale e produzione di un report semestrale
- comunicazione del report semestrale alla Direzione di Presidio e al Sitra e da questi ai Responsabili di U.O. e predisposizione delle azioni di miglioramento ove necessario.

Si rimanda ai report periodici prodotti ed inviati alle figure previste.

In ambito di infortuni, in caso di condanna per lesioni personali gravi e gravissime colpose commessi con violazione delle norme di prevenzione infortuni sul lavoro, ai sensi dell’art.589 del C.P., se ne sussistono gli estremi il soggetto responsabile sarà sottoposto a provvedimento disciplinare.

SOTTOPROCESSO 1.4:

“ DEFINIZIONE DEI COMPITI E DELLE RESPONSABILITÀ ”

Definizione dei
compiti e delle
responsabilità

Organizzazione e Responsabilità – Datore di Lavoro

E' formalizzata una disposizione organizzativa per l'individuazione della figura datoriale che tiene conto della struttura organizzativa della Società e del settore di attività produttiva.

Organizzazione e Responsabilità – RSPP

Viene adottato ed attuato uno strumento organizzativo che definisca il Servizio Prevenzione e Protezione e la figura del Responsabile (RSPP), ai sensi della normativa vigente.

Organizzazione e Responsabilità –Medico Competente

Viene adottato ed attuato uno strumento normativo e/o organizzativo che definisce la figura del Medico Competente previsto ai sensi della normativa vigente.

Organizzazione e Responsabilità – Incaricati emergenze

Viene adottato ed attuato uno strumento normativo e/o organizzativo che definisce i lavoratori incaricati di attuare le misure di emergenza, prevenzione incendi e primo soccorso previsti ai sensi della normativa vigente.

Organizzazione e Responsabilità -Controllo operativo – affidamento compiti- Dirigenti e Preposti

Viene adottato ed attuato uno strumento normativo e/o organizzativo che, laddove necessario e con riferimento ai compiti specifici conferiti, individui i criteri e le modalità definite per l'affidamento dei compiti ai lavoratori in tema di salute, sicurezza e igiene sul lavoro, per dirigenti e Preposti.

Controllo operativo – misure di prevenzione e protezione

Viene adottato ed attuato uno strumento normativo e/o organizzativo per la gestione, distribuzione e il mantenimento in efficienza delle misure di prevenzione e protezione atte a salvaguardare la sicurezza dei lavoratori.

Tale strumento normativo e/o organizzativo è costituito dal documento “Regolamento aziendale per la organizzazione e gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro”, adottato con Delibera N.207 del 14/04/2010.

SOTTOPROCESSO 1.5:

" GESTIONE SICUREZZA NEGLI APPALTI E NEI CANTIERI TEMPORANEI E MOBILI "

Responsabile dei Lavori

Viene adottato ed attuato uno strumento normativo e/o organizzativo che prevede la nomina del Responsabile dei Lavori RUP-Responsabile Unico del Procedimento.

Coordinatori della sicurezza

Viene adottato ed attuato uno strumento normativo e/o organizzativo che prevede la nomina per i cantieri temporanei e mobili, nei casi presiti dalla normativa, del Coordinatore per la progettazione e del Coordinatore per l'esecuzione dei lavori.

Prevede inoltre, nel caso degli appalti di forniture e servizi, la elaborazione, laddove necessario, del DUVRI (Documento di Valutazione dei Rischi da Interferenza) ai sensi della normativa vigente.

Tale strumento è previsto dalla procedura adottata in Azienda in accordo alle "Linee di indirizzo per la redazione del DUVRI" della Regione Lombardia.

SOTTOPROCESSO 1.6: " FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO, CONSAPEVOLEZZA "

Viene adottato ed attuato una pianificazione annuale delle attività di formazione in materia di salute, sicurezza e igiene dei lavoratori, prevista dal piano formativo aziendale.

Comprende i soggetti coinvolti (nuovi assunti, nuove attrezzature, ruolo nell'organizzazione, ecc.), la progettazione delle attività formative, la verifica dell'apprendimento e la soddisfazione dei partecipanti all'evento, per predisporre se necessario, azioni di miglioramento.

La pianificazione annuale è riportata nel Piano annuale di formazione aziendale su proposta del RSPP inviata annualmente al Datore di Lavoro e all'Ufficio Formazione. Segue la progettazione ed attuazione del percorso formativo riportato nel piano.

SOTTOPROCESSO 1.7: " GESTIONE DEGLI ASSET DELL'AZIENDA "

L'Azienda Ospedaliera prevede l'adozione e l'attuazione di uno strumento normativo e/o organizzativo che disciplini le attività di manutenzione/ispezione degli asset aziendali (es. attrezzature e impianti meccanici, elettrici ed elettromeccanici) affinché ne sia sempre garantita l'integrità e adeguatezza in termini di salute e sicurezza dei lavoratori.

Tale strumento normativo e/o organizzativo è costituito dal documento "Regolamento aziendale per la organizzazione e gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro", adottato con Delibera N.207 del 14/04/2010.