

ALLEGATO 3

Schede Obiettivi operativi anno 2021

**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"
Obiettivi 2021**

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Acquisizione beni e servizi

Direttore/responsabile Erica Ferri

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|---|---|------------------------------|------------|------------------|
| 1.1.1 | Riduzione dei tempi procedurali di presa in carico dei beni consegnati al magazzino economale | Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data ddt) | < 10% rispetto al totale | 10 | |
| 1.1.1 | Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi | Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data registrazione e data acquisizione attestazione DEC) | < 10% rispetto al totale | 10 | |
| 2.1.4 | Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa | Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C. | <=4 | 5 | |
| 2.1.4 | Dematerializzazione delle procedure di gara attraverso utilizzo piattaforme informatiche | Numero di gara con modalità telematica | >90% rispetto al totale gare | 10 | |
| 2.1.4 | Programmazione annuale delle acquisizioni di beni e servizi | Documento di programmazione acquisti | SI | 20 | |
| 2.4.1 | Realizzazione funzionigramma dell'UOC e trasmissione all'Ufficio trasparenza ai fini della pubblicazione sul sito Aziendale | Adozione del funzionigramma | SI | 5 | |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) | Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 20 | |
| 3.2.1 | Aggiornamento periodico dello scadenario delle gare di propria competenza | Scadenario gare | SI | 20 | |
| | | | | 100 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____

**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"
Obiettivi 2021**

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Area Affari generali

Direttore/responsabile Simonetta Martino

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|---|--|--------------------------|------------|------------------|
| 1.1.1 | Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione di prestazioni in convenzione | Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 10gg dall'attestazione (differenza tra data acquisizione SIAC e data attestazione prestazione) | < 10% rispetto al totale | 20 | |
| 2.1.4 | Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa | Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C. | >=1 | 10 | |
| 2.4.1 | Realizzazione funzionigramma della UOC e trasmissione all'Ufficio Trasparenza per la pubblicazione sul sito aziendale | Adozione del funzionigramma | SI | 15 | |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) così come modificat | Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 10 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione procedure: digitalizzazione e archiviazione documentale convenzioni | Archiviazione digitale dell'intero processo istruttorio finalizzato alla stipula delle convenzioni | SI | 10 | |
| 3.2.1 | Aggiornamento periodico scadenziario convenzioni | Scadenziario convenzioni | SI | 10 | |
| 3.2.1 | Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi attraverso azioni più funzionali ed efficaci. | Informatizzazione protocollo e delibere. | SI | 25 | |
| | | | | 100 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Area Affari giuridico- legali e contenzioso

Direttore/responsabile Maria Fusco

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|---|--|--------------------------|------------|------------------|
| 1.1.1 | Riduzione dei tempi procedurali di pagamento atti di liquidazione delle spese di competenza | Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 15 gg (Differenza tra data acquisizione SIAC e data provvedimento di liquidazione) | < 10% rispetto al totale | 15 | |
| 2.1.2 | Utilizzo corrente Legal App e trasmissione flusso SIMES nei tempi previsti | Adempimenti Legal App SIMES | SI | 25 | |
| 2.1.4 | Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa | Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C. (Registro Incarichi esterni) | >=2 | 20 | |
| 2.4.1 | Realizzazione funzionigramma della UOC e trasmissione all'Ufficio Trasparenza per la pubblicazione sul sito aziendale | Adozione del funzionigramma | SI | 20 | |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto dell'Art. 6 Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) | Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 20 | |
| | | | | 100 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____

**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"
Obiettivi 2021**

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Gestione Economico Finanziaria

Direttore/responsabile Salvatore Guetta

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|---|---|-------------------|------------|------------------|
| 1.1.1 | Rispetto tempo dei pagamenti | ITP ANNUO < - 25 gg (Dato PCC) | < -25 | 20 | |
| 1.1.1 | Riduzione di almeno il 5% dello stock dei debiti scaduti al 31/12 rispetto all'esercizio precedente. | Debiti commerciali scaduti Inferiore al 5% rispetto all'anno precedente (Dato PCC) | < 5% 2021 su 2020 | 10 | |
| 2.1.2 | Correttezza, completezza e rispetto della tempistica in materia di rendicontazione e trasmissione flussi informativi amministrativo gestionali. Adempimenti fiscali dell'Azienda | Dichiarazioni fiscali presentate nei termini (SI/NO) | SI | 10 | |
| 2.1.2 | Correttezza, completezza e rispetto della tempistica in materia di rendicontazione e trasmissione flussi informativi amministrativo gestionali. Correttezza flussi informativi ai fini del monitoraggio regionale nei termini indicati dalla Regione Campania | Invio flussi per monitoraggio nei termini SI/NO | SI | 10 | |
| 2.1.4 | Organizzazione ricognizione inventariale con foto e nuove etichette RFID previo aggiornamento procedura SIAC | Completamento ricognizione inventariale | SI | 10 | |
| 2.1.4 | Circularizzazione crediti e solleciti di riscossioni | Invio comunicazione per almeno il 90% dell'importo dei crediti complessivi | SI | 10 | |
| 2.1.4 | Definizione e/o implementazione delle procedure di competenza ai fini della certificabilità di bilancio | Adozione delle procedure | >= 10 | 10 | |
| 2.4.1 | Redazione qualitativa del bilancio di esercizio in conformità alle direttive in materia. Predisposizione bilancio di previsione nei termini previsti. | Pubblicazione bilancio di esercizio 2020 | SI | 10 | |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) così come modificat | Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____

**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"
Obiettivi 2021**

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Gestione Risorse Umane

Direttore/responsabile Alessandra Covino

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|---|--|--------------------------|------------|------------------|
| 1.1.1 | Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese di propria competenza | Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione al SIAC e data attestazione) | < 10% rispetto al totale | 5 | |
| 2.1.2 | Correttezza, completezza e rispetto della tempistica in materia di rendicontazione e trasmissione flussi informativi amministrativo gestionali di competenza | Rispetto della tempistica per la trasmissione dei flussi e dati di competenza, conto annuale, CU, uniemens, PERLAPA, dichiarazione Inail, Legge 68/99; UNILAV, ARAN, SISAC, monitoraggio trimestrale PTFP, ONAOSI Fondo PERSEO | SI | 25 | |
| 2.1.4 | Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa | Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C. | >=1 | 5 | |
| 2.1.4 | Attività per il miglioramento dell'appropriatezza gestionale - organizzativa/assolvimento degli adempimenti secondo cronoprogramma. Attività di reclutamento del personale in conformità al PTFP | Numero procedura attivate dal piano assunzionale | >90% procedure attivate | 25 | |
| 2.1.4 | Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi. Attivazione ed implementazione nuovi applicativi presenze, portale del dipendente, trattamento economico | Messa a regime dei nuovi applicativi | SI | 10 | |
| 2.1.4 | Attività per il miglioramento dell'appropriatezza gestionale - organizzativa. Monitoraggio e adozione delibera fondi contrattuali. | Predisposizione delibera fondi delle varie aree contrattuali. Monitoraggio spesa. | SI | 15 | |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) così come modificat | Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 10 | |
| 2.4.1 | Realizzazione funzionigramma della UOC e trasmissione all'Ufficio Trasparenza per la pubblicazione sul sito aziendale | Adozione del funzionigramma | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____

**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"
Obiettivi 2021**

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Tecnico Patrimoniale e ICT

Direttore/responsabile Gennaro Sirico

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|---|--|--|------|------------------|
| 1.1.1 | Area Amministrativa-Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi | Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data attestazione DEC) | < 10% rispetto al totale | 5 | |
| 2.1.2 | Area Ingegneria Clinica-Aggiornamento in Piattaforma NSIS delle Grandi Apparecchiature | Attività eseguita in Piattaforma | SI | 5 | |
| 2.1.4 | Area Ingegneria Clinica-Rilascio pareri tecnici e redazioni Capitolati richiesti da altre UU.OO. con Definizione dei requisiti impiantistici e tecnologici connessi ai locali ad uso medico ed alle apparecchiature elettromedicali | Pareri e Capitolati prodotti | 100% delle richieste | 10 | |
| 2.1.4 | Area Sistemi Informativi- Tracciamento dei Sistemi Informatici e delle Postazioni Di Lavoro (Inventario Dinamico) | Attivazione Inventario Dinamico | 100% delle attività | 10 | |
| 2.1.4 | Area Sistemi Informativi-Razionalizzazione e potenziamento della infrastruttura informatizzata aziendale con Aumento velocità di connessione e Sicurezza posta elettronica aziendale | Avvio e aggiudicazione procedure | 100% delle attività | 10 | |
| 2.1.4 | Area Amministrativa-Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa | Partecipazione alle procedure di competenza per Approvazione P.A.C. | >=3 | 5 | |
| 2.1.4 | Area Ingegneria Clinica-Elaborazione del Piano dei Fabbisogni Biennali Regionale per apparecchiature Elettromedicali su base Regionale a Supporto della UOC ABS | Redazione e aggiornamento Piano Fabbisogni | SI | 5 | |
| 2.1.4 | Area Telecomunicazioni-Realizzazione Impianto di Videosorveglianza presso le Sedi AORN | N. Videocamere installate | Installazione di almeno 50% delle videocamere previste | 5 | |
| 2.1.4 | Area Lavori e manutenzioni immobili-Avvio dei lavori di manutenzione straordinaria relativi all'Accordo Quadro Lavori Quadriennale, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN | Lavori avviati | >90% dei lavori da avviare | 10 | |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) così come modificat | Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 5 | |
| 2.4.1 | Area Amministrativa-Realizzazione funzionigramma per la configurazione dell'assetto organizzativo ai fini dell'attribuzione degli ambiti di competenza di ciascuna responsabilità funzionale e trasmissione all'ufficio trasparenza ai fini della pubblicazione | Adozione del funzionigramma | SI | 5 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____



Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"
Obiettivi 2021

AREA AMMINISTRATIVA

UOC Tecnico Patrimoniale e ICT

Direttore/responsabile Gennaro Sirico

| Cod.Ob. Strateg. | Obiettivo operativo 2021 | Indicatore | Risultato atteso | Peso | Risultato finale |
|------------------|--|---------------------------------------|--|------|------------------|
| 3.2.1 | Area Lavori e manutenzioni immobili-Realizzazione dei lavori di n.2 posti letto di Terapia Intensiva codice 49 (P.O. PAUSILIPON) e di n.12 posti letto di Terapia sub-intensiva multidisciplinare (P.O. SANTOBONO), nell'ambito del Piano di potenziamento | Completamento attività | >50% della realizzazione | 10 | |
| 3.2.1 | Area Lavori e manutenzioni immobili-Gestione e Affidamento lavori e Servizi di Ingegneria e Architettura per la realizzazione dei Progetti finanziati ex Art.20 | Procedure di Lavori e Servizi indetti | Avvio del 100% delle procedure da indire | 10 | |
| 3.2.1 | Area Amministrativa-Adempimento alle Disposizioni contabili per la rendicontazione degli investimenti DGRC 378_2020 | Alimentazione file | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Firma del Direttore/Responsabile _____

Data _____

Firma del Coordinatore Area Staff _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA STRATEGICA

UOSID Formazione, Comunicazione, Rapporti con il pubblico

Direttore/responsabile Fausta Mennella

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|------------------------------|------|------------------|
| 2.1.4 | Definizione procedure amministrativo contabili ai fini del PAC (percorso attuativo della certificabilità) | Procedure/percorsi effettuati | N.>= 1 | 10 | |
| 2.3.1 | Pianificazione delle attività di valutazione della soddisfazione dell'utenza | Report risultati dei questionari somministrati su un campione significativo | ESITO POSITIVO | 10 | 0 |
| 2.3.1 | Percentuale di riscontro ai reclami presentati | Reportistica | Riscontro risposte >= 90% | 10 | |
| 2.4.1 | Predisposizione Regolamento per la disciplina dell'attività di volontariato con gli Enti del Terzo Settore | Formalizzazione | Adozione entro il 31.12.2021 | 15 | |
| 2.4.2 | Aggiornamento Carta dei servizi | Trasmissione documento alla Direzione Generale | Invio entro il 31.12.21 | 10 | |
| 3.2.1 | Implementazione attività di comunicazione | Attivazione e gestione canali social | N.>=2 | 10 | |
| 3.2.1 | Attuazione PFA 2021/2022, implementazione di progetti/eventi in modalità formazione a distanza | Attivazione progetti/eventi | N.>=1 | 10 | 0 |
| 3.2.1 | Implementazione della formazione e degli aggiornamenti obbligatori | Attivazione corsi | N.>=1 | 15 | 0 |
| 3.2.1 | Implementazione del percorso per la Qualità delle attività formative ECM | Sperimentazione di processi, procedure/audit interni | N.>= 4 | 10 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

AREA STRATEGICA

UOSID Controllo interno

Direttore/responsabile Antonella Strino

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------|------|------------------|
| 2.1.4 | Internal audit | Numero IA effettuati | >=2 | 20 | 0 |
| 2.1.4 | Azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso la puntuale attuazione del percorso di certificabilità - rispetto dei tempi di pagamento - rendicontazione attività | Tipologia /numero di procedure amministrativo-contabili predisposte in collaborazione altre UUOO | >=10 | 50 | |
| 2.4.1 | Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività: procedure adottate e introduzione misure correttive tese alla prevenzione delle corruzioni | Regolamentie/o procedure aziendali predisposti/aggiornati e controlli effettuati | SI | 10 | |
| 2.4.2 | Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività relative alla "privacy"; implementazione/aggiornamento registro trattamento dati | Attività svolte dall'Ufficio Trattamento dati e numero registri trattamento dati attivati con il relativo supporto | SI | 20 | |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOC Direzione Medica P.O. Pausilipon

Direttore/responsabile Nicola Silvestri

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|-----------------------|------|------------------|
| 2.1.1 | Partecipazione attiva ai processi di pianificazione e monitoraggio riassetto organizzativo e ridefinizione offering per assicurare in sicurezza l'accesso alle prestazioni durante la pandemia | attività svolta nell'ambito della Task Force | >=90% delle presenze | 20 | |
| 2.1.2 | Corretta compilazione e puntuale tempistica di trasmissione flusso HSP 11 BIS, 22 BIS mensile | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi | = 0 | 30 | |
| 2.2.1 | Effettuare una mappatura presidiale degli errori da cui consegue un incremento del rischio e una riduzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure | implementazione di un sistema di incident reporting attraverso un software dedicato | si | 10 | |
| 2.3.1 | Potenziamento degli strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa | n. di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno | >= 3 questionari/anno | 10 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.2 | Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale) | verifiche (periodicità trimestrale) dei percorsi anticovid e dei dispositivi di sicurezza anticovid forniti ai lavoratori | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOC Direzione Medica P.O. Santobono

Direttore/responsabile Pasquale Arace

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--|------------|------------------|
| 2.1.1 | Partecipazione attiva ai processi di pianificazione e monitoraggio riassetto organizzativo e ridefinizione offering per assicurare l'accesso alle prestazioni durante la pandemia | Attività svolta nell'ambito della task force | >=90% delle presenze | 15 | |
| 2.1.2 | Monitoraggio Liste di Attesa | Trasmissione Flussi informativi | Ottemperanza alle scadenze previste da Regione Campania e Ministero della Salute | 15 | |
| 2.1.2 | Trasmissione informazioni pertinenti e necessarie alla compilazione dei flussi HSP 11 Bis, 22 Bis | Trasmissione mensile scheda di rilevazione assetto posti letto e reparti di degenza | 12 schede di trasmissione/anno | 10 | |
| 2.1.4 | Supporto tecnico per la formalizzazione richieste di acquisizione Beni e Servizi e stesura capitolati alla UOC ABS; Supporto alla UOC Affari legali nella fase istruttoria dei contenziosi | Numero procedure e atti | >= 6 | 10 | |
| 2.2.1 | Effettuazione di una mappatura presidiale degli errori da cui può conseguire un incremento del rischio e una riduzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure | Implementazione di un sistema di incident reporting attraverso un software dedicato | si | 15 | |
| 2.3.1 | Potenziamento degli strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa | n. di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno | >=3 | 10 | 0 |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 10 | |
| 3.1.2 | Attività di ispezione per la verifica delle condizioni igienico-sanitarie negli spazi del P.O. | Numero di ispezioni/anno | >= 12/anno | 15 | |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOC Farmacia

Direttore/responsabile **Giovanna Margiotta**

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|---------------------------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Accuratezza e rispetto della tempistica di trasmissione del flusso CO, File F (Canale D,E,M ed X) flusso dei consumi dei Dispositivi Medici | n. contestazioni ricevute da referente regionale flussi | = 0 | 25 | |
| 2.1.4 | Accuratezza e celerità nel carico delle bolle di farmaci e dispositivi medici nel sistema amministrativo contabile e benessere alla fatturazione | numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data DDT) | <=10% rispetto al totale | 15 | |
| 2.2.1 | Raccolta e registrazione delle schede di sospetta ADR e vaccinovigilanza | Incremento attività di farmacovigilanza vs anno precedente | >= 25% | 20 | |
| 2.2.1 | Monitoraggio utilizzo degli antibiotici per specifiche classi da identificare in accordo con il CIO | realizzazione/messa a punto della scheda di monitoraggio | SI | 10 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.2.1 | Accuratezza e celerità nella gestione amministrativo contabile di : ordini, entrata merce, scarico/trasferimento di farmaci e DM anticovid | numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data DDT)richieste dal referente aziendale | <=10 % rispetto al totale | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOC Programmazione Sanitaria

Direttore/responsabile Francesco Vetrano

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------------|------|------------------|
| 1.1.1 | Supporto alla Direzione strategica per la predisposizione atti necessari all'adozione ed implementazione nuovo atto aziendale in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale. Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività | Documentazione a supporto dell'attività resa | Formalizzazione atto aziendale | 30 | |
| 2.1.1 | Partecipazione attiva ai processi di pianificazione e monitoraggio riassetto organizzativo e ridefinizione offering per assicurare in sicurezza l'accesso alle prestazioni durante la pandemia | attività svolta nell'ambito della Task Force | >=90% delle presenze | 10 | |
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione dei flussi SDO, EMUR, FILE C, HSP 11, HSP 11 BIS, HSP 12, HSP 22 BIS, HSP in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni regionali ricevute | = 0 | 20 | |
| 2.1.6 | Programmazione e monitoraggio mensile delle ore aggiuntive | trasmissione report ore aggiuntive e del monitoraggio delle prestaz. Aggiuntive effettuate | >8 report /anno | 10 | |
| 2.2.2 | Partecipazione al disegno ed alle attività di programmazione e sviluppo linee progettuali(PSN) reti cliniche e collaborazioni interaziendali e telemedicina | attività sviluppate | >2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | riscontro documentale azioni sviluppate nell'ambito del progetto regionale per l'attivazione di DW e BI aziendale | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOC Servizio Infermieristico

Direttore/responsabile Virginia Rossi

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|----------------------------------|------|------------------|
| 2.1.1 | Partecipazione ai processi di pianificazione e monitoraggio riassetto organizzativo e ridefinizione offering per assicurare in sicurezza l'accesso alle prestazioni durante la pandemia | attività svolta nell'ambito della Task Force | partecipazione >80% convocazioni | 15 | |
| 2.2.1 | Prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali nei pazienti ricoverati in Area Critica/intensivistica con particolare riguardo alla gestione del Catetere venoso Centrale | implementazione best practice cliniche basate su Evidence Based Nursing | > 2 | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 1 procedure /percorsi | 20 | |
| 2.3.1 | Implementazione di strumenti di partecipazione del dipendente alla definizione di percorsi di tutorato per i neo-assunti | n. rilevazione proposte | >= 2 questionari/anno | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 15 | |
| 3.1.2 | Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale) | Effettuazione Corso sicurezza ai neoassunti con presa di servizio effettiva | 100% neoassunti | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOC Servizio Tecnico Sanitario e della Riabilitazione

Direttore/responsabile Mario Coppeto

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|----------------------------------|------|------------------|
| 2.1.1 | Partecipazione attiva ai processi di pianificazione e monitoraggio riassetto organizzativo e ridefinizione offering per assicurare in sicurezza l'accesso alle prestazioni durante la pandemia | attività svolta nell'ambito della Task Force | partecipazione >90% convocazioni | 20 | |
| 2.2.1 | Implementazione procedure e percorsi anti COVID-19 | implementazione / revisione procedure /percorsi anti COVID-19 | > 2 | 20 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/ implementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 20 | |
| 3.1.2 | Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale) | Effettuazione Corso sicurezza ai neoassunti con presa di servizio effettiva | 100% neoassunti | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

AREA DI STAFF DIREZIONE SANITARIA

UOSD Epidem. Valutativa e Reg. Tumori Infantili

Direttore/responsabile Francesco Vetrano

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--------|------|------------------|
| 2.1.2 | Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso SDO e piattaforma COVID (Tamponi, ricoveri e vaccini) | n. contestazioni ricevute dai referenti regionali dei rispettivi flussi | = 0 | 50 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 20 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 30 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

AREA STRATEGICA

UOSD Sicurezza Prevenzione e Protezione

Direttore/responsabile Giuseppe Terzo

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------|------------------|
| 2.2.1 | Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale) | verifiche (periodicità trimestrale) dei percorsi anticovid e dei dispositivi di sicurezza anticovid forniti ai lavoratori | >= 4 verifiche/anno | 20 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internt aziendale: Attività della UOSD, C.V. componenti il SSP | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.2 | Appropriatezza dei giudizi di idoneità emessi dal Medico competente a seguito della sorveglianza sanitaria periodica dei lavoratori | n. dei ricorsi avverso il giudizio accolti dalla ASL territorialmente competente | <3/anno | 30 | |
| 3.1.2 | Adozione di un protocollo sanitario per il follow-up sui dipendenti affetti da Sars-Cov2 attraverso la somministrazione di questionari anamnestici ed attivazione della sorveglianza sanitaria straordinaria | Follow up dipendenti | Follow up almeno sul 50% dei lavoratori colpiti da Covid 19 | 30 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA

UOC Centro Trapianti Rene, Nefrologia Pediatrica e Dialisi

Direttore/responsabile Carmine Pecoraro

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.7 | Riduzione del numero DH diagnostici e del numero di accessi medici vs 2019 | riduzione % vs 2019 | 5% | 5 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi di prevenzione e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | n. pazienti valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati(RO e DH) nella medesima UO, nel medesimo arco temporale | >= 90% | 10 | |
| 2.2.2 | Sviluppo assistenza in TELEMEDICINA | Attivazione Servizio | si | 20 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'annoRP | >=2 attività documentate | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 20 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >= 3 | 25 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOC Pediatria d'urgenza, Pronto Soccorso, OBI

Direttore/responsabile Vincenzo Tipo

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Adozione del nuovo flusso EMUR | Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta adozione | Attestazione | 20 | |
| 2.1.3 | Appropriatezza OBI | % ricoveri post OBI | ≤ 25% del totale | 20 | |
| 2.2.2 | Sviluppo attività Teleconsulto in emergenza urgenza | Attivazione Servizio | si | 20 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOC Terapia Intensiva Pediatrica

Direttore/responsabile Geremia Zito Marinosci

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|--|--|------------|------------------|
| 2.2.1 | Migliorare rafforzare la pratica clinica in merito alla comunicazione efficace rivolta ai pazienti e genitori, mediante un sistema di rilevazione della qualità della comunicazione dei sanitari | Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie | >80% dei questionari compilati su totale dimessi | 30 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 25 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 25 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOC Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia

Direttore/responsabile Antonino Di Toro

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--|------|------------------|
| 2.2.1 | Migliorare rafforzare la pratica clinica in merito alla comunicazione efficace rivolta ai genitori, mediante un sistema di rilevazione della qualità della comunicazione dei sanitari | Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie | >80% dei questionari compilati su totale dimessi | 30 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 25 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 25 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOSD Ospedalizzazione domiciliare e cure domiciliari complesse

Direttore/responsabile Anna Dolcini

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 50 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 40 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE**

**UOC Neurochirurgia Pediatrica
Direttore/responsabile Giuseppe Cinalli**

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 20 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media preoperatoria | ≤ 1,60 | 20 | |
| 2.1.7 | % ricoveri medici in reparti chirurgici | n. ric. Med. su tot x100 | ≤ 40% | 20 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE**

UOC Neurologia

Direttore/responsabile Antonio Varone

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|--|--------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 15 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | n. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100 | >/=90% | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 5 | |

100

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE**

UOC Neuroradiologia

Direttore/responsabile Eugenio Maria Covelli

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--|------------|------------------|
| 2.1.5 | Definizione tempistica tra esecuzione esami e refertazione sia in emergenza che in elezione | Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione | Trasmissione alla Direzione Sanitaria entro settembre 2021 | 30 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati | > 2 | 20 | |
| 2.4.1 | Pubblicazione su sito internt aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Trasmissione documentazione alla Direzione Sanitaria Pubblicazione su sito aziendale | SI | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi/abstract | > = 3 | 5 | |
| 3.1.2 | Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale) | Definizione del regolamento della sicurezza in ambiente RM | SI | 15 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata e Procedura P.S. | SI | 15 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE**

UOSD Centro Obesità Infantile e patologie endocrine correlate

Direttore/responsabile Maria Rosaria Licenziati

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 25 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 20 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 20 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 25 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >= 3 | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE**

**UOSD Neuropsichiatria infantile
Direttore/responsabile Giampina Grimaldi**

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 20 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 15 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE**

**UOSD Riabilitazione intensiva e Neuroriabilitazione
Direttore/responsabile Maurizio Nespoli**

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 20 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 20 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il comfort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOC Oncoematologia Pediatrica

Direttore/responsabile Giuseppe Menna

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.7 | Riduzione ricoveri a rischio di inappropriately -ARI (DRG LEA e DRG in autocontrollo) VS 2019 | % DRG LEA su tot | < 10% | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 15 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOC Oncologia Pediatrica

Direttore/responsabile Massimo Eraldo Abate

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 20 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 15 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 15 | |

100

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOC SIT e Trapianto di Midollo Osseo

Direttore/responsabile Francesco Paolo Tambaro

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.4 | raggiungimento/rinnovo accreditamenti nazionali/internazionali per attività trapiantologica e terapie cellulari | documentazione delle attività sviluppate | esito positivo | 25 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 20 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 10 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 4 | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOSD BA.S.CO, Manipolazione cellulare e Immunogenetica

Direttore/responsabile Roberta Penta

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------|------------|------------------|
| 2.1.3 | Appropriatezza del regime assistenziale | Incremento rapporto Unità Sangue di cordone Uunità raccolte e n.prestazioni altà specialità per strutture esterne | >2% | 25 | 0 |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati per mantenimento/incremento di accreditamenti di eccellenzainternazionali (EFI, Jacie) e ISO 9001-2015 | > 2 | 45 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | mantenimento dei processi di accettazione lavorazione prodotto, rilascio CSE per l'attività di trapianto e terapia cellulare. Refertazione con firma digitale; | SI | 10 | |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOSD C.di rif. Reg. di Ter. del Dolore e Cure Palliative Pediatriche

Direttore/responsabile Loredana Celentano

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso HOSPICE | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi sanitari | = 0 | 35 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 25 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 30 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOSD DH Oncologico e Sperimentazione Clinica

Direttore/responsabile Rosanna Parasole

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura e sperimentazione cliniche di fase I-IV | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione agli studi sperimentali fae I-IV | >2 | 40 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 5 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO PEDIATRIA

UOC Pediatria 1

Direttore/responsabile Augusto Mastrominico

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------------------------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019 | riduzione % vs 2019 | <15% | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 15 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | N° pazienti eleggibili valutati nella UOC per il rischio caduta nell'anno solare/N° pazienti ricoverati (regime ordinario + regime di DH) nella UOC anno solare *100 | >/=90% | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 15 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO PEDIATRIA

UOC Pediatria 2

Direttore/responsabile Luigi Martemucci

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 20 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 20 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019 | riduzione % vs 2019 | <15% | 15 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | n. pazienti elegibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100 | >/=90% | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA

UOC Pediatria 3

Direttore/responsabile Sergio Villani

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 40 | |
| 2.1.7 | Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019 | riduzione % vs 2019 | <15% | 30 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | n. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100 | >/=90% | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOC Pneumologia e UTSIR

Direttore/responsabile Pier Luigi Vuilleumier

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.7 | Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019 | riduzione % vs 2019 | <15% | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 20 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | n. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100 | >/=90% | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOSD Cardiologia Pediatrica

Direttore/responsabile Michela Grieco

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 20 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 20 | |
| 2.2.1 | Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute | n. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100 | >/=90% | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOSD C. Reg. ped. di Nutrizione Clinica, NAD e Dietetica

Direttore/responsabile Nicola Cecchi

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.2.1 | Prevenzione del rischio di errore nella prescrizione, delle terapie parenterali | Implementazione di una reportistica annuale sul n° di sacche enterale e parenterali prescritte per U.O. e di una check list di controllo delle sacche parenterali secondo le Raccomandazioni Ministeriale n.1, 7 e 12 | SI | 25 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/implementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 15 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO PEDIATRIA

UOSD Endocrinologia e Auxologia

Direttore/responsabile Antonella Klain

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|--|--------------|------|------------------|
| 2.1.2 | Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso SDO | n. contestazioni e n.solleciti ricevuti da referente aziendale SDO | = 0 | 40 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 30 | |
| 2.1.7 | Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019 | riduzione % vs 2019 | <10% | 20 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOC Anestesia e Centro Medicina Iperbarica

Direttore/responsabile Rosario Marco Infascelli

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 40 | |
| 2.2.1 | prevenzione dell'errore in area critica | Implementazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori | SI | 25 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 25 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

UOC Chirurgia pediatrica

Direttore/responsabile Giovanni Gaglione

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 20 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media pre-operatoria | <1,4 | 20 | |
| 2.1.7 | % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici | n. ric. Med. Su tot x100 | <=25% | 15 | |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOC Ortopedia e Traumatologia
Direttore/responsabile Pasquale Guida

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 20 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media pre-operatoria | ≤ 1,7 | 20 | |
| 2.1.7 | % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici | n. ricoveri medici su tot x100 | ≤ 25% | 10 | |
| 2.1.7 | Mantenimento livelli della complessità della casistica trattata | peso medio DRG | >0,9 | 10 | 0 |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | almeno 2/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 10 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/implementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >3 | 5 | |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

UOC Otorinolaringoiatria

Direttore/responsabile Nicola Mansi

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 15 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 20 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media pre-operatoria | ≤ 1,4 | 15 | |
| 2.1.7 | % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici | n. ricoveri medici su tot x100 | ≤ 25% | 15 | |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

UOC

Urologia Pediatrica

Direttore/responsabile

Giovanni Di Iorio

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 20 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 15 | |
| 2.1.7 | % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici | n. ric. Med. su tot x100 | ≤ 35% | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media preoperatoria | ≤ 1,4 | 20 | |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOSD Centro di Rif. Reg. per gli impianti cocleari e diagnostica audiologica

Direttore/responsabile Antonio Della Volpe

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------------------------|------|------------------|
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 50 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 30 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOSD Chirurgia Oncologica

Direttore/responsabile Pietro Pirisi

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 25 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 20 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media preop. | ≤ 1,40 | 20 | |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 20 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOSD Day Surgery aziendale

Direttore/responsabile Ugo De Luca

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | = 0 | 30 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 25 | |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 25 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati anche in relazione ai percorsi COVID | > 2 | 10 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOSD Oculistica e C. di Rif.Reg. Retinopat.Pretermine

Direttore/responsabile **Ciro Picardi**

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------|------------------|
| 2.1.2 | Corretta compilazione e puntuale tempistica di trasmissione flusso SDO | n. contestazioni ricevute e n solleciti da referente aziendale SDO | = 0 | 15 | |
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 20 | |
| 2.1.6 | Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie | n. contestazioni | = 0 | 15 | |
| 2.1.7 | % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici | n. ric. Med. su tot x100 | ≤ 25% | 15 | |
| 2.1.7 | Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione | degenza media preoperatoria | ≤ 1,4 | 15 | |
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

UOSD Odontoiatria

Direttore/responsabile

Carmela Marraudino

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--------------|------|------------------|
| 2.1.3 | Incremento offerta ambulatoriale | ore garantite di attività ambulatoriale | +20% vs 2019 | 80 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SERVIZI

UOC Anatomia Patologica

Direttore/responsabile Vittoria Donofrio

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--|------|------------------|
| 2.1.5 | Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione | Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione | Trasmissione alla Direzione Sanitaria entro settembre 2021 | 35 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 25 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 10 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata | SI | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SERVIZI

UOC Patologia clinica

Direttore/responsabile Alberto Micillo

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|--|------|------------------|
| 2.1.4 | Azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali - Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data registrazione e data ddt) | Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg | < 25% rispetto al totale | 15 | |
| 2.1.5 | Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione | Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione | Trasmissione alla Direzione Sanitaria entro settembre 2021 | 15 | |
| 2.2.1 | controllo dell'evento infezione correlato alle pratiche assistenziali nei pazienti ricoverati nelle Aree Critiche dell'AORN Santobono Pausilipon | Implementazione di una procedura per il monitoraggio delle specie batteriche con profili di antibiotico resistenza "Enterobatteri resistenti ai carbapenemi" | SI | 15 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | > = 3 | 15 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Attivazione firma digitale dei referti di laboratorio | 100% Dirigenti | 15 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SERVIZI

UOC Diagnostica per Immagini Generale

Direttore/responsabile Massimo Zeccolini

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--|------|------------------|
| 2.1.5 | Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione | Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione | Trasmissione alla Direzione Sanitaria entro settembre 2021 | 15 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 15 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 15 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >5 | 20 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata e Procedura P.S. | SI | 20 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SERVIZI

UOSD Patologia Clinica Pausilipon e diagnostica immunoallergologica avanzata

Direttore/responsabile Ornella Leone

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--|------------|------------------|
| 2.1.4 | Azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali - Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data registrazione e data ddt) | Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg | Inferiore 5% rispetto al totale | 10 | |
| 2.1.5 | Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione | Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione | Trasmissione alla Direzione Sanitaria entro settembre 2021 | 20 | |
| 2.2.1 | Efficacia nella tempistica della definizione diagnostica nel percorso COVID-19 dei pazienti sospetti in area filtro emergenza accettazione | % tamponi naso faringei in RT-PCR dell'area urgenza (PS Area, Area Filtro e Area Covid) processati con risultato entro 7 ore dal check in di arrivo | >=90% | 35 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 5 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 5 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti per esterni | 50% del totale per il 2021 | 15 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Attivazione firma digitale dei referti di laboratorio | 100% dirigenti | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SERVIZI

UOSD Radiologia Pausilipon

Direttore/responsabile Eugenio Rossi

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--|------|------------------|
| 2.1.5 | Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione | Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione | Trasmissione alla Direzione Sanitaria entro settembre 2021 | 15 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | 2 percorsi | 15 | |
| 2.3.1 | Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari | Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno | >=2 attività documentate | 15 | |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 15 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >5 | 20 | |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata | SI | 10 | |

100

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOSD Chirurgia Pediatrica di Emergenza e P.S.

Direttore/responsabile Carmelo Terracciano

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|---|------|------------------|
| 2.2.1 | Prevenzione dell'errore in area clinica | N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss | n.2/anno verbali inviati al Rischio Clinico | 10 | |
| 2.2.2 | Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID | n. di percorsi di diagnosi e cura | >2 | 70 | |
| 2.4.2 | Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO | "Relazione DPO" | SI | 10 | |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >2 | 10 | |
| | | | | 100 | |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE UOSD Chirurgia Plastica e Centro Spoke Regionale Ustioni Pediatrico

Direttore/responsabile Marcello Zamparelli

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|--|--|------------|------------------|
| 2.1.1 | Assolvimento adempimenti e attività connesse ai complessi operatori | Rispetto tempi di attesa massimi interventi sindattilia | >=90% del totale interventi effettuati | 30 | 0 |
| 2.1.1 | Assolvimento adempimenti e attività connesse ai complessi operatori | Rispetto tempi di attesa massimi interventi laparoscisi | >=90% del totale interventi effettuati | 30 | 0 |
| 3.1.1 | Pianificazione e realizzazione di progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica | Definizione protocollo di ricerca su cute bio-ingegnerizzata | Riscontro entro il 31.12.2021 | 40 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOSD Medicina trasfusionale

Direttore/responsabile Maria Vittoria Mascio

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|----------------|------------|------------------|
| 2.1.4 | Raggiungimento/rinnovo accreditamenti regionali/nazionali/iso9001-2015 secondo linee guida GMP e GPG | Documentazione delle attività sviluppate.Certificazioni | ESITO POSITIVO | 30 | 0 |
| 2.2.2 | Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività (n. PDTA redatti/aggiornati, collaborazioni interaziendali, partecipazione a reti assistenziali, telemedicina e accreditamenti) | Programmazione delle prenotazioni dei donatori di emocomponenti mediante chiamata diretta | >=400 | 10 | 0 |
| 2.3.1 | Osservanza dell'emovigilanza di concerto col Dip.Medicina Trasfusionale | Documentazione registrata sul SISTRA programma regionale e nazionale proprio dei servizi trasfusionali | ESITO POSITIVO | 25 | 0 |
| 3.1.1 | Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | Progetti di ricerca e potenziamento degli studi clinici per le emocoagulopatie | >=5 | 25 | 0 |
| 3.1.2 | Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività | Programma di formazione del personale afferente la UOSD mediante calendarizzazione della formazione | >=4 | 10 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA

UOSD Neuro-oncologia

Direttore/responsabile Lucia Quaglietta

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------|------------|------------------|
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente | n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO | 0 | 30 | 0 |
| 2.4.2 | Predisposizione registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati /DPO | relazione DPO | SI | 40 | 0 |
| 3.1.1 | Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | 3 | 30 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

AREA SANITARIA

UOSID Outpatient e liste di attesa

Direttore/responsabile Laura Sorrentino

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|---|--------|------|------------------|
| 2.1.1 | Analisi e rimodulazione dell'offering ambulatoriale aziendale | Relazione mensile dell'offering aziendale (analisi domanda/offerta) | 3 | 25 | 0 |
| 2.1.2 | Rispetto della tempistica di invio del monitoraggio ex ante (volume/sospensioni ALPI ed istituzionale) | Numero di contestazioni da parte della Regione Campania | 0 | 25 | 0 |
| 2.1.3 | Programmazione mensile dell'attività di Preospedalizzazione | Atto formale di programmazione mensile dell'attività di preospedalizzazione | 3 | 25 | 0 |
| 2.1.3 | Programmazione mensile delle sedute operatorie di elezione | Atto formale di programmazione mensile delle sedute operatorie | 3 | 25 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____

Obiettivi 2021

AREA STRATEGICA

UOSID Controllo di Gestione

Direttore/responsabile Donatella Pisaturo

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|--|---|------------|------------------|
| 1.1.1 | Supporto alla Direzione strategica per le Attività di pianificazione, gestione e controllo aziendale | N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività | N.Report = 3 | 25 | 0 |
| 2.1.2 | Correttezza, completezza e rispetto della tempistica in materia di debito informativo regionale | Invio flussi e predisposizione atti nei termini previsti | SI | 20 | 0 |
| 2.1.4 | Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di bilancio con efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UO interessate dello staff della Direzione Amministrativo/Sanitarie | Partecipazione e supporto a procedure PAC di competenza | >= 1 | 10 | 0 |
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale : CV dirigenti e dichiarazione incompatibilità incarichi | Pubblicazione su sito aziendale | SI | 5 | 0 |
| 2.4.1 | Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) | Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza. | SI | 5 | 0 |
| 3.1.1 | Partecipazione a collaborazioni interaziendali | Partecipazione ed invio dei tracciati richiesti Progetto Bussola AOPI (Associazione ospedali pediatrici italiani) | Invio tracciati nei termini previsti (entro il 15 settembre) | 10 | 0 |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale attraverso lo sviluppo del progetto DW/BI e BO di cui l' AORN è pilota regionale | SAL riscontro documentale ed elaborazione relazione di sintesi stato dell'arte per la Direzione | Rispetto dei tempi attraverso i SAL ed invio n.2 relazioni | 25 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

AREA STRATEGICA

UOSID Segreteria Generale

Direttore/responsabile Fabio La Rocca De Florio

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|--------|------|------------------|
| 2.4.1 | Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: comunicati inerenti attività ed iniziative dell'AORN di particolare rilevanza/impatto mediatico-comunicativo | Pubblicazione su sito aziendale | N.>=2 | 30 | 0 |
| 3.2.1 | Supporto alla Direzione Strategica per la predisposizione di atti ed attività in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale | Monitoraggio atti deliberativi correttamente processati in PRAXI (sistema informatizzato aziendale per deliberazioni) | >=90% | 70 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOSD Endoscopia digestiva e Gastroenterologia di urgenza

Direttore/responsabile Caldore Mariano

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|--|--|---|------|------------------|
| 2.1.1 | Adesione ai piani aziendali di riassetto organizzativo dell'offerta assistenziale | Attivazione struttura per espletamento di attività gastroenterologiche in emergenza con correlata attività endoscopica specialistica | ESITO POSITIVO da resoconto Dir.Sanitaria | 80 | 0 |
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >= 4 | 20 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____



*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"*

Obiettivi 2021

DIPARTIMENTO SERVIZI

UOSD Diagnostica per immagini d'urgenza e di PS

Direttore/responsabile Esposito Francesco

| Codice | Obiettivi operativi | Indicatore | Target | Peso | Risultato finale |
|--------|---|---|---|------|------------------|
| 3.1.1 | Potenziamento della produzione scientifica (pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca/studi clinici)/progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi | n. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi | >= 2 | 40 | 0 |
| 3.2.1 | Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID | Avvio gestione informatizzata richieste e refertazione da e per PS | ESITO POSITIVO da Resp.Aziendale Sist.Informativi | 60 | 0 |
| | | | | 100 | 0 |

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

Firma del Direttore Dipartimento _____

Firma del Direttore Sanitario Aziendale _____

Firma del Direttore Generale _____