

DIPARTIMENTO/ AREA	DESCRIZIONE U.O.	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	TARGET	VALORE MINIMO	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)	Numero 0 giornate di ritardo	-	STERIL	STERIL	100,00
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Gestione procedura pubblicazione atti e provvedimenti	PUBBL	Nessuna non conformità	=0%	N. non conformità = 2	8,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	8,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	ODIPERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	13,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Aggiornamento regolamenti aziendali (es. accesso agli atti, incarichi legali, tirocini...)	ATTI	N° regolamenti aggiornati rispetto ai regolamenti ex ATS	almeno 4 regolamenti	almeno 2 regolamenti	25,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Aggiornamento procedure / protocolli aziendali priorità scadenze della Direzione Generale	CONV	N. convenzioni predisposte entro i termini definiti dalla Direzione Generale	nessuna non conformità	80%	33,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	Gestione sistema documentale Aziendale (Protocollo)	PROTODC	Numero non conformità gestite	=100%	-	13,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione 2024-2026	PROG	Attività di supporto per l'approvazione dei documenti di programmazione 2024-2026 di cui alla DGR 34/23 del 2015	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2023	Mancato rispetto dei termini	20,00	100,00%	100,00
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	Predisposizione atti programmatori nel rispetto delle direttive nazionali	PIAO	Predisposizione del PIAO entro i termini	Atto formale di adozione entro il 31.03.2023 o altra data successiva a seguito di rinvio	Mancato rispetto dei termini	20,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	IDP098	1.N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100; 2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100 (I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (file O) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori)	Azioni di monitoraggio / comunicazioni errori vs i soggetti coinvolti per la correzione degli errori volti al raggiungimento del seguente std:1.≥ 95% 2.≤ 5%	-	5,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	Riacquisizione delle competenze tecnico-amministrative per i processi ex ATS (Relazione Gestione / LA / CE TRIMESTRALI /Sistema autorizzativo / Piano dei Centri)	ATS	Gestione procedure tecnico-amministrative / Rispetto delle scadenze	nessuna non conformità	-	15,00	100,00%	

Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	PERFORMANCE - supporto alla Direzione d'Area nel processo della Performance organizzativa/ individuale interna	PERF	Relazione Performance entro i tempi stabiliti dal D.lgs 150/2009 e chiusura performance individuale 2022 attraverso l'applicativo GURU	Relazione Performance entro il 30.06.2023 e valutazioni individuali 2022	nessuna attività	15,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	PERFORMANCE - proposta di revisione e aggiornamento del Regolamento di Misurazione della Performance ATS al nuovo assetto aziendale	RSMVP	Predisposizione proposta di regolamento	entro il 31.12.2023	nessun atto adottato	5,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	PERFORMANCE - supporto alla Direzione d'Area nel processo della Performance organizzativa/ individuale interna	OB	Redazione schede obiettivi 2023 e gestione processo di negoziazione con le UU.OO. e relativi Direttori di Struttura (nominati)	Predisposizione schede e calendarizzazione incontri mesi febbraio / marzo 2023	31.03.2023	10,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - FLUSSI INFORMATIVI	Supporto ai processi Aziendali	DOC1	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Delibera entro il 30/09/2023 (specifiche: elenco delle strutture ospedaliere e territoriali, numero di posti letto e per i servizi / ambulatori / laboratori sia ospedalieri che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali)		5,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC QUALITÀ, GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEI PROCESSI CLINICI E LOGISTICI	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa - attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	Supporto alla Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	100,00
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC QUALITÀ, GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEI PROCESSI CLINICI E LOGISTICI	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC QUALITÀ, GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEI PROCESSI CLINICI E LOGISTICI	Sperimentazione e avvio della telemedicina e della Teleassistenza	TM	Reclutamento dei pazienti con Scompenso Cardiaco da avviare alla Tele Medicina	Almeno 400 pazienti da prendere in carico entro il 31/12/2023	200 pazienti	40,00	100,00%	
Area Direzionale (Direzione Aziendale e Staff)	SC QUALITÀ, GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEI PROCESSI CLINICI E LOGISTICI	Gestione corretta delle tecnologie aziendali	IDPTEC	Definizione regolamento utilizzo delle tecnologie	Delibera entro il 30/11/2023	15/12/2023	45,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Programmazione Aziendale degli acquisti dei beni	INDFAB	Piano del Fabbisogno dei beni riferito a tutte le unità aziendali	entro il 31/05/2023 1° piano entro il 15/10/2023 revisione	entro il 30/06/2023 e 31/10/2023	20,00	100,00%	

Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Attività di supporto ai documenti di programmazione 2024-2026 di cui alla DGR 34/23 del 2015 (data di pubblicazione 15.11.2023)	PROG	Verifica/integrazione del Piano Biennale degli acquisti anni 2024-2025 definito dal Servizio Acquisti di Ares	entro il 25/10/2023 ultima data di invio della Programmazione al Collegio Sindacale		20,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	IDE163	Numero di ordini su CdRIL A3CC999999 Costi Comuni ASL Nuoro / numero totale ordini	3%	8%	10,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)	Numero 0 giornate di ritardo		15,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Gestione procedure relative agli acquisti sotto soglia 40.000	ACQ1	N. richieste evase per le Trattative Private entro gg. 15 / N. totali richieste	=100%	=>90%	5,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Gestione procedure relative agli acquisti sotto soglia 40.000	ACQ3	N. richieste evase in Esclusiva entro gg. 10 / N. totali richieste	=100%	=>90%	5,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa - attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	Supporto alla Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Aggiornamento regolamenti aziendali specifici del Servizio	ATTI	N° regolamenti aggiornati rispetto ai regolamenti ex ATS	almeno 1 Regolamento		5,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SC PROVVEDITORATO	Tempestiva comunicazione in merito agli impegni di spesa utile per l'inserimento degli atti nel Sisar ATTI	BUDGET	N° non conformità rilevate su richieste da evadere entro i 3 gg	5% delle richieste	8% delle richieste	5,00	100,00%
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Revisione regolamento delle prestazioni aggiuntive	REGP_AGG	Revisione del regolamento	n. 1 documento entro il 30/06/2023	Nessuna attività	15,00	100,00%

100,00

Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Pagamento delle Prestazioni aggiuntive secondo i tempi stabiliti dal regolamento	P_PAG	Numero non conformità rilevate	nessuna non conformità	<= 10% di non conformità	10,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	PREDISPOSIZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE 2023	PTFP	aggiornamento del PTFP 2023 e report periodico di monitoraggio del Piano rispetto alle assunzioni definite nel corso del 2023	1. aggiornamento del PTFP rispetto alle richieste RAS; 2. Report mensile rispetto del Piano alla Direzione Generale		30,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Attività di supporto ai documenti di programmazione 2024-2026 di cui alla DGR 34/23 del 2015 (data di pubblicazione 15.11.2023)	PROG	Definizione del PTFP anni 2024-2026	entro il 25/10/2023 ultima data di invio della Programmazione al Collegio Sindacale		20,00	0,00%	
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	IDE163	Numero di ordini su CdRIL A3CC999999 Costi Comuni ASL Nuoro / numero totale ordini	3%	8%	5,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	nessuna attività	10,00	100,00%	100,00
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Disciplinare le modalità del Lavoro Agile in Azienda in continuità con quanto definito dal PIAO 2023_2025	LAV_AG	Predisposizione documento / circolare in merito al Lavoro Agile	entro il 15.12.20223	entro il 20/12/2023	5,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SD RISORSE UMANE	Attivazione del Comitato di Garanzia in continuità con quanto definito dal PIAO 2023_2025	COM_GAR	Predisposizione atti di istituzione del Comitato di Garanzia	entro il 30/09/2023	entro il 31/10/2023	5,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAGREP	Report periodico dei tempi di liquidazione alle Strutture interessate e di pagamento alla Direzione Generale e Programmazione Controllo	n. 4 report trimestrali	2	15,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo per il pagamento <=15 gg	Numero 0 giornate di ritardo come media dei pagamenti complessivi anno 2023		15,00	100,00%	

Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Produzione dei documenti economici consuntivi NSI: Conto Economico CE e Stato Patrimoniale SP	CE_CONS	Adozione entro i tempi stabiliti del 31/05/2023 dei documenti economici CE e SP e caricamento sul sistema NSIS	rispetto scadenza ufficiale o secondo ulteriori indicazioni RAS		15,00	100,00%	100,00
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Attività di supporto ai documenti di programmazione 2024-2026 di cui alla DGR 34/23 del 2015 (data di pubblicazione 15.11.2023)	PROG	Predisposizione Prospetto dei Flussi di Cassa anni 2024-2026	entro il 25/10/2023 ultima data di invio della Programmazione al Collegio Sindacale		15,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Gestione progetti vincolati e delle entrate in genere con gli specifici referenti	P_VINC	Monitoraggio e rendicontazione infrannuale e annuale dei finanziamenti vincolati	Report semestrale dello stato dei Progetti		15,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa - attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	Supporto alla Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Aggiornamento regolamenti aziendali specifici del Servizio	ATTI	N° regolamenti aggiornati rispetto ai regolamenti ex ATS	almeno 1 Regolamento		10,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC CONTABILITÀ, BILANCIO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Rispetto delle milestone del PNRR	PNRR	PNRR - Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023		40,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Attività di coordinamento interdipartimentale e supporto ai documenti di programmazione 2024-2026 di cui alla DGR 34/23 del 2015 (data di pubblicazione 15.11.2023)	PROG	Predisposizione Piano dei LL.PP. Anni 2024-2026 ed integrazione per la parte di competenza del Piano Biennale degli acquisti anni 2024-2025 definito dal Servizio Acquisti di Ares, in collaborazione con la SC Provveditorato Aziendale	entro il 25/10/2023 ultima data di invio della Programmazione al Collegio Sindacale - incontri finalizzati alla predisposizione dei documenti di programmazione		25,00	100,00%	
Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	IDE163	Numero di ordini su CdRIL A3CC999999 Costi Comuni ASL Nuoro / numero totale ordini	3%	8%	5,00	100,00%	

Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa - attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	Supporto alla Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	100,00	
Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Tempestiva comunicazione in merito agli impegni di spesa utile per l'inserimento degli atti nel Sisar ATTI	BUDGET	N° non conformità rilevate su richieste da evadere entro i 3 gg	5% delle richieste	8% delle richieste	5,00	100,00%		
Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Aggiornamento regolamenti aziendali specifici del Servizio	ATTI	N° regolamenti aggiornati rispetto ai regolamenti ex ATS	almeno 1 Regolamento		10,00	100,00%		
Dipartimento Amministrativo	SC TECNICO LOGISTICI E PATRIMONIO	Uso intelligente e razionale dell'energia e del risparmio energetico nei luoghi di lavoro pubblici (Indirizzi presenti nel PIAO 2023-2025)	ENER	Disposizioni interne volte a sensibilizzare il personale sul risparmio energetico	Circolari / Corsi formativi	nessuna attività	10,00	100,00%		
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	INDSPET	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234 (Risparmio previsto 409.000 euro per l'ASL3)	- Invio Report per MMG/PLS sulla spesa trimestrale elaborato dalla SC Farmacia Territoriale - incontri della Commissione Appropriata Prescrittiva per i casi di iperprescrizione (dal mese di aprile) - sensibilizzazione ai MMG/PLS.	-	10,00	100,00%		
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso		15,00	100,00%		
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Garantire il mantenimento dell'apertura delle Agende pubbliche	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%		
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Almeno 2 incontri nel 2023	Nessun incontro	10,00	100,00%		
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (<=30 gg tempo di liquidazione)	Numero 0 giornate di ritardo	-	5,00	100,00%		

Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	Monitoraggio su n. pz = 63 su 400 tendenziali aziendali rimoduli a 26 pazienti	>= 80% del Target	10,00	100,00%	100,00
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	BPCO - SC - DIAB - PN	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	15,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Supporto ai processi Aziendali	DOC1	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Deliberazione entro il 30/07/2023 (Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi / ambulatori / laboratori sia ospedalieri che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.)	entro il 30/09/2023	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI MACOMER	Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	nessuna non conformità	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso		15,00	100,00%	

Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	INDSPET	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234 (Risparmio previsto 409.000 euro per l'ASL3)	- Invio Report per MMG/PLS sulla spesa trimestrale elaborato dalla SC Farmacia Territoriale - incontri della Commissione Appropriata Prescrittiva per i casi di iperprescrizione (dal mese di aprile) - sensibilizzazione ai MMG/PLS.	-	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Garantire il mantenimento dell'apertura delle Agende pubbliche	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Almeno 2 incontri nel 2023	Nessun incontro	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)	Numero 0 giornate di ritardo		0,00	0,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione ≥ 65 anni attraverso la TeleMedicina	Monitoraggio su n. pz = 215 su 400 tendenziali aziendali	≥ 80% del Target	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	BPCO - SC - DIAB - PN	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	15,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamenti gestite / lamenti prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%

95,00

Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Trasferimento attività distrettuali ex INAM presso c/o nuova sede Casa della Salute	TRASF	Ripresa regolare dell'attività sanitaria nella nuova sede	nessuna non conformità	non conformità gestite	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Supporto ai processi Aziendali	DOC1	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Deliberazione entro il 30/07/2023 (Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi / ambulatori / laboratori sia ospedalieri che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.)	entro il 30/09/2023 - rinvio al 25.09.2023	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI NUORO	Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	nessuna non conformità	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	INDSPET	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234 (Risparmio previsto 409.000 euro per l'ASL3)	- Invio Report per MMG/PLS sulla spesa trimestrale elaborato dalla SC Farmacia Territoriale - incontri della Commissione Appropriata Prescrittiva per i casi di iperprescrizione (dal mese di aprile) - sensibilizzazione ai MMG/PLS.	-	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso		15,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	INDSPET	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234 (Risparmio previsto 409.000 euro per l'ASL3)	- Invio Report per MMG/PLS sulla spesa trimestrale elaborato dalla SC Farmacia Territoriale - incontri della Commissione Appropriata Prescrittiva per i casi di iperprescrizione (dal mese di aprile) - sensibilizzazione ai MMG/PLS.		5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Almeno 2 incontri nel 2023	Nessun incontro	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)	Numero 0 giornate di ritardo		5,00	100,00%

Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TA	Presa in carico pz > 65 anni candidati alla tele assistenza / n. dispositivi device disponibili	Monitoraggio su n. pz = 20	>= 16	5,00	100,00%	100,00
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	Monitoraggio su n. pz = 46 su 400 tendenziali aziendali	>= 80% del Target	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	BPCO - SC - DIAB - PN	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	15,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Supporto ai processi Aziendali	DOC1	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Deliberazione entro il 30/07/2023 (Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi / ambulatori / laboratori sia ospedaliere che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.)	entro il 30/09/2023	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SORGONO	Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	nessuna non conformità	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	INDSPET	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234 (Risparmio previsto 409.000 euro per l'ASL3)	- Invio Report per MMG/PLS sulla spesa trimestrale elaborato dalla SC Farmacia Territoriale - incontri della Commissione Appropriata Prescrittiva per i casi di iperprescrizione (dal mese di aprile) - sensibilizzazione ai MMG/PLS.	-	10,00	100,00%	

Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso	-	15,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Garantire il mantenimento dell'apertura delle Agende pubbliche	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte	-	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Almeno 2 incontri nel 2023	Nessun incontro	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)	Numero 0 giornate di ritardo	-	0,00	0,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	Monitoraggio su n. pz = 76 su 400 tendenziali aziendali	>= 80% del Target	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	BPCO - SC - DIAB - PN	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	15,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%

95,00

Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Supporto ai processi Aziendali	DOC1	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Deliberazione entro il 30/07/2023 (Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi / ambulatori / laboratori sia ospedalieri che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.)	entro il 30/09/2023	5,00	100,00%	
Distretti	SC DISTRETTO DI SINISCOLA	Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	nessuna non conformità	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC HOSPICE E CURE PALLIATIVE	Garantire potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP179	Volume di attività Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2023 / Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2022* 100 (proporzionato al personale)	mantenimento/miglioramento dello storico 2022		35,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC HOSPICE E CURE PALLIATIVE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC HOSPICE E CURE PALLIATIVE	Aumento della risposta alle richieste di fabbisogno assistenziale	TOPL	N. gg. di degenza / PL *365	>=75%	<= 60%	40,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC HOSPICE E CURE PALLIATIVE	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%	95,00
Altri servizi territoriali	SC HOSPICE E CURE PALLIATIVE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC HOSPICE E CURE PALLIATIVE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso		25,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Garantire il mantenimento dell'apertura delle Agende pubbliche	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		15,00	100,00%	

Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Riapertura ambulatorio gestione spasticità	TOX	Riapertura ambulatorio nel 2° semestre 2023	Nessuna attività		STERIL	STERIL	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Potenziamento attività riabilitativa	RIAB_P	Apertura delle piscine nel presidio C.Zonchello	1. Piano formativo per l'utilizzo delle piscine 2. Apertura centro entro il mese di giugno		STERIL	STERIL	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica / economale	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	15,00	100,00%	100,00
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	10,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC RIABILITAZIONE	Potenziamento dell'assistenza riabilitativa	ATT_R	mantenimento / miglioramento attività riabilitativa residenziale (Macomer)	incremento tasso occupazione PL anno 2022		20,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Garantire potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP179	Volume di attività Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2023 / Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2022* 100 (proporzionato per il personale)	mantenimento della produttività media rispetto al personale del 2022		25,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA Diabete e partecipazione Comunità di Pratica - Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA gestione iperglicemie dell'adulto in Pronto Soccorso - OBI	DIAB - IPER	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	25,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Potenziamento e strutturazione attività di teleconsulto	TC	consulenze interne attraverso il teleconsulto (in continuità col 2022)	90% dei casi candidabili		10,00	100,00%	

Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Potenziamento e strutturazione attività di temedicina	TM	N. pz celiaci in telemedicina / Tot. Pz celiaci presi in carico nel 2022 (da rivalutare in fase di monitoraggio intermedia per la presenza del personale dedicato)	15%		15,00	100,00%	100,00
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC DIABETOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Report per MMG/PLS - report di monitoraggio trimestrale per la Direzione Generale; incontri della Commissione appropriatezza prescrittiva per i casi di iper prescrizione (dal mese di aprile) - sensibilizzazione ai MMG / PLS / GM	INDSPET	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234 (Risparmio previsto 409.000 euro per l'ASL3)	- Report per MMG/PLS trimestrale - Report di monitoraggio trimestrale per la Direzione Generale; incontri della Commissione Appropriatezza Prescrittiva per i casi di iper prescrizione (dal mese di aprile)- sensibilizzazione ai MMG / PLS / GM.		30,00	100,00%	100,00
Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Monitoraggio della spesa territoriale	INDREP1	convenzionata e DPC per Distretto e Monitoraggio dell'EDF	n. 4 Report: Annuale a consuntivo 2022 /2021 e 3 trimestrali 2023/2022 Invio alle Direzioni ASL Controllo di Gestione - Distretti Sanitari		20,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Farmaco vigilanza	INDREP2	Monitoraggio con Report periodici sulle segnalazioni di reazione avversa a farmaco	n. 4 Report		20,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Controlli tecnici e contabili sulle ricette verso le Farmacie Convenzionate	INDRE3	Report sulle ricette SSN sugli addebiti / recuperi dalle Farmacie per ogni trimestre 2023	n. 4 Report		10,00	100,00%	

Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Altri servizi territoriali	SC FARMACIA TERRITORIALE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici con partecipazione NPI per la fascia non adulta	PIANO_SM1	• Monitoraggi semestrali applicazione Piano approvati con Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022 e revise come da Obiettivo RAS (OPIANO1)	n. 2 report	1	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici (REVISIONE Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022)	PIANO_SM	• Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. • Trasmissione a ARIS del sopraccitato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo. • Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SBP1 ed il	3/3: 1. Revisione integrazione Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022 (su riqualificazione Servizi Pubblici e Piano dei servizi da privato accreditato, come da obiettivo); 2. Comunicazione risparmi ad ARIS; 3. Piano Aziendale per acquisti di prestazioni da erogatori privati		15,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone con doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico riabilitativo adeguato e che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	IDU073	Monitoraggi semestrale pazienti seguiti con doppia diagnosi e eventuale aggiornamento	n. 2 report	n. 1 report	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Garantire potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP209	Volume di attività socio- sanitaria integrata e clinico-assistenziale nel 2023 / 2022 *100 per operatore	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	25,00	100,00%	
									100,00

Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Progetto contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	PDNA	1. Programmazione utilizzo risorse vincolate; 2. Report attività erogate con il Progetto	1. Delibera attuazione progetto; entro il 31.05 e/ o second indirizzi RAS; 2. Report al 31.12.2023		20,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC Centro salute mentale	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100	100%	90%	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone con doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico riabilitativo adeguato e che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	IDU073	Monitoraggi semestrale pazienti seguiti con doppia diagnosi e ventuale aggiornamento	n. 2 report	n. 1 report	25,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	IDP061	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO	inferiore a 13%	Mantenimento del valore storico	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
									100,00

Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure	Promozione e realizzazione dei percorsi relativi al miglioramento delle attività interne al reparto e alla prevenzione del rischio clinico	PROC	Redazione di 3 procedure interne al SPDC : 1) T.S.O. 2) Paziente a rischio di suicidio. 3) Gestione delle attività interne al SPD	100% - Adozione e invio delle 3 procedure entro il 30.11.2023	mancata redazione delle procedure	30,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone con doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico riabilitativo adeguato e che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	IDU073	Monitoraggi semestrale pazienti seguiti con doppia diagnosi e ventuale aggiornamento	n. 2 report	n. 1 report	35,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Garantire potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP209	Volume di attività socio- sanitaria integrata e clinico-assistenziale nel 2023 / 2022 *100 per operatore	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	20,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Miglioramento dell'appropriatezza negli ingressi in Comunità Terapeutiche	CT	Monitoraggio semestrale di ingresso in Comunità Terapeutiche in base alle diverse tipologie di inserimento	N. 2 report semestrali	N. 1 report	15,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Utilizzo delle risorse finalizzate per i Progetti	PROGVINC	1. Programmazione utilizzo risorse vincolate; 2. Report attività erogate con il Progetto	1. Delibera attuazione progetto; entro il 30.06 e/ o secondo indirizzi RAS; 2. Report al 31.12.2023	-	STERIL	STERIL	
Dipartimento di salute mentale	SC SERVIZI DIPENDENZE (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	10,00	100,00%	
									100,00

Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici con partecipazione NPI per la fascia non adulta	PIANO_SM1	• Monitoraggi semestrali applicazione Piano approvati con Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022 e revisine come da Obiettivo RAS (OPIANO1)	n. 2 report	1	10,00	100,00%	100,00
Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici (REVISIONE Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022)	PIANO_SM	• Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. • Trasmissione a ARIS del sopracitato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo. • Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il	3/3: 1. Revisione integrativa Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022 (su riqualificazione Servizi Pubblici e Piano dei servizi da privato accreditato, come da obiettivo); 2. Comunicazione risparmi ad ARIS; 3. Piano Aziendale per acquisti di prestazioni da erogatori privati	-	35,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone con doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico riabilitativo adeguato e che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	IDU073	Monitoraggi semestrale pazienti seguiti con doppia diagnosi ed eventuale aggiornamento	n. 2 report	n. 1 report	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Utilizzo delle risorse finalizzate per i Progetti	PROGVINC	1. Programmazione utilizzo risorse vincolate; 2. Report attività erogate con il Progetto	1. Delibera attuazione progetto; entro il 30.06 e/ o second indirizzi RAS; 2. Report al 31.12.2023		25,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici con partecipazione NPI per la fascia non adulta	PIANO_SM1	• Monitoraggi semestrali applicazione Piano approvati con Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022 e revisine come da Obiettivo RAS (OPIANO1)	n. 2 report	1	20,00	100,00%	

Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	100,00
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone con doppia diagnosi e co-morbidità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico riabilitativo adeguato e che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	IDU073	Monitoraggi semestrale pazienti seguiti con doppia diagnosi ed eventuale aggiornamento	n. 2 report	n. 1 report	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Garantire potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP209	Volume di attività socio- sanitaria integrata e clinico-assistenziale nel 2023 / 2022 *100 per operatore	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	25,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Utilizzo delle risorse finalizzate per i Progetti	PROGVINC	1. Programmazione utilizzo risorse vincolate; 2. Report attività erogate con il Progetto	1. Delibera attuazione progetto; entro il 30.06 e/ o second indirizzi RAS; 2. Report al 31.12.2023		25,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento di salute mentale	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL NUORO	Supporto completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	10,00	100,00%	
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL NUORO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100% gg apertura (Per cause eccezionali non risolvibili con altre modalità organizzative tutte le chiusure dovranno essere comunicate preventivamente alla Direzione Generale ASL)	Nessuna comunicazione, per specifico caso, alla Direzione Generale ASL	15,00	100,00%	
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL NUORO	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	SIRMES	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3. redazione di una FMEA per area	1. >= 50 segnalazioni per Azienda Sanitaria (misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2023. N segnalazioni per Azienda Sanitaria) 2. >= 5 audit per Azienda Sanitaria tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria (Evidenza Documentale - alert report previsto nel SIRMES) 3. >= una per area: chirurgica, medica, servizi ed emergenza-urgenza (L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori)		6,66	66,00%	

Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	ORGANI	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	NUORO ≥ 30%	≥ 30%	10,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA : K Colon Retto - K Mammella - Diabete - BPCO - Scompenso Cardiaco - Percorso Nascite attraverso la Comunità di Pratica	PDTA	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Corretto utilizzo sangue ed emoderivati secondo i programmi di Patient Blood management (PBM)	PBM1	Proseguimento attività COBUS - Monitoraggio PDTA "Patient Blood Management" e revisione eventuale	Monitoraggio ed eventuale revisione del PDTA		5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM): 1) Approprietezza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo pre operatorio PBM	PBM2	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g) (obiettivo da rivalutare ai 6 mesi) SUPPORTO AL PROCESSO	1) >50% 2) >70%		5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	≥70%	60%	5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Aggiornamento Liste operatorie rispetto all'elenco estratto a fine anno 2022. (supporto con le UU.OO per rimuovere ostacoli che ostano all'aggiornamento)	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna attività	5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSSL NUORO	Supporto ai processi Aziendali	DOC1	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Deliberazione entro il 30/07/2023 (Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi / ambulatori / laboratori sia ospedalieri che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.)	entro il 30/09/2023	10,00	100,00%

96,66

Assistenza Ospedaliera	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL NUORO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Monitoraggio degli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP)	PMP_MON	Monitoraggio periodico	2 monitoraggi	1 monitoraggio	30,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	IDP108	Numero di interventi ispettivi in aziende edili, agricoltura e altri comparti / Numero totale di interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	100%	90%	25,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		5,00	100,00%	100,00
Dipartimento di Prevenzione	SC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	PMP	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100) Informazioni relative alla realizzazione dei PMP da inserire nelle annuali Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL		30,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	PASSI	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza (periodo di rilevazione gennaio-dicembre 2023)		25,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	RENCAM	(N. schede codificate/N. schede inserite) *100 L'obiettivo è funzionale all'avvio e consolidamento del Registro Tumori regionale (DGR 25/11 del 3.5.2016; Determinazione DG Sanità n.1245 del 07.11.2018). L'obiettivo si ritiene raggiunto se lo standard è soddisfatto per ciascuna annualità. Fonte: report "A3 - Schede per Asl di residenza" disponibile nella reportistica mortalità del modulo RENCAM-SISaR Stato della scheda "chiusa" o "codificata". Verranno considerate solo le schede dei residenti	90%		25,00	100,00%	

Dipartimento di Prevenzione	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	SCREENING_LEA	N° di persone che hanno aderito all'invito / popolazione bersaglio annua *100	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 35% ; screening colonrettale: tasso di adesione reale ≥20% ; screening mammografico ≥ 30%		40,00	100,00%	95,00
Dipartimento di Prevenzione	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori		5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Garantire obiettivi di performance organizzativa/individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	0,00	0,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SD IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	100,00
Dipartimento di Prevenzione	SD IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023 (Periodo di osservazione gennaio-giugno 2023. Rif. DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie")	OKKIO	N di scuole coinvolte nella sorveglianza / N. di scuole campionate dall'ISS*100	90%		45,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SD IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero-caseario	IDP203	Numero di controlli ufficiali effettuati nel 2023/Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023*100	100%	90%	20,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SD IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale delle diverse specialità del Dipartimento	IDP201	Numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali effettuati nel 2023 / numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023	100%	90%	20,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SD IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		5,00	100,00%	

Dipartimento di Prevenzione	SD IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	ROADMAP	Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR con almeno 70% dei valori attesi per singolo mese considerato = 7 carcasse al mese (L' obiettivo si considera raggiunto se nel corso dell'anno sono raggiunti gli obiettivi al 100% del complesso dei valori attesi e per almeno il 70% dei valori attesi per singolo mese considerato)	100% sul totale / 70% al mese	0,00	0,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	ROADMAP_CENS	Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo	Raggiungere il 94% dei censimenti dovuti con regolare registrazione in BDN		10,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione da MTCB	TBC	N. stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati / N. stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2023	Il 100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2023		10,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	TSE	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all'obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL		0,00	0,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Piano regionale di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini. Livello di certificazione genetica delle greggi.	PNSG	N. di allevamenti ovini classificati come livello I, II (IIa e lib), III / N. di allevamenti ovini attivi	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificati in BDN come livello I, II (IIa e lib), III		15,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Mantenere la status sanitario di territorio indenne da Brucellosi bovina / ovina e caprina	BRC	Numero aziende Bovine controllate / Numero aziende Bovine controllabili da Piano Prevenzione*100 - Numero aziende Ovicaprine controllate / Numero aziende Ovicaprine controllabili da Piano Prevenzione*100	Il 100% delle aziende messe a programma	90% delle aziende controllabili	5,00	100,00%	80,00
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Mantenere la status sanitario di territorio indenne da Leucosi bovina enzootica	LEB	Numero aziende Bovine controllate / Numero aziende Bovine controllabili da Piano Prevenzione*100	Il 100% delle aziende messe a programma	90% delle aziende controllabili	5,00	100,00%	

Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Anagrafe Animale - Controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale ed umana: % di aziende controllate per anagrafe zootecnica	IDP325	Numero check list compilate e registrate in BDN in relazioni ai controlli per gli allevamenti ovini-caprini /numero check list programmate a livello regionale	100%	90%	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Adeguare le procedure operative in materia di sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali al regolamento (UE) 2016/429 e al D. L.vo 5 agosto 2022, n. 134	IER	Numero procedure operative aggiornate/Numero procedure operative da aggiornare*100	Il 100% delle procedure operative da aggiornare (10 procedure)	Il 60% delle procedure operative da aggiornare	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Adeguare le procedure operative in materia di prevenzione e controllo delle malattie animali che sono trasmissibili agli animali o all'uomo al regolamento (UE) 2016/429 e al D. L.vo 5 agosto 2022, n. 136	NMI	Numero procedure operative aggiornate/Numero procedure operative da aggiornare*100	Il 100% delle procedure operative da aggiornare (5 procedure)	Il 60% delle procedure operative da aggiornare	10,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC SANITÀ ANIMALE	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Prevenzione e controllo del randagismo	RAND	<ul style="list-style-type: none"> Numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe; Tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione (giorni). 	Incremento del 10% del numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe canina;. Riduzione del 10% il primo anno, dei tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione.	Scostamento entro il 50% dei target individuati	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca dei Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	RES	numero di campionamenti effettuati / numero di campioni programmati	100%	90%	25,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero-caseario	IDP203	Numero di controlli ufficiali effettuati nel 2023/Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023*100	100%	90%	25,00	100,00%	100,00

Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale delle diverse specialità del Dipartimento	IDP201	Numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali effettuati nel 2023 / numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023	100%	90%	30,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	Adempimenti previsti dal Piano Reg.le Residui P.R.R. e Piano Reg.le Controlli P.R.C.A.	IDP203 bis	N. campionamenti effettuati / N. totale campionamenti programmati	100%	90%	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero-caseario	IDP302	Numero di controlli ufficiali effettuati nel 2023/Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023*100	100%	90%	40,00	97,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale delle diverse specialità del Dipartimento	IDP201	Numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali effettuati nel 2023 / numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023	100%	90%	40,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%	
									100,00

Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	Attività di informazione e comunicazione	INF	Interventi di informazione e comunicazione ai cittadini ed agli operatori sanitari su temi di bioetica, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie, e altri temi di rilevante interesse sociale e professionale	Report di monitoraggio al 31.12.2023	Nessuna attività	30,00	100,00%	100,00
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		45,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	Pianificazione attività stabilita dal PanFlu 2021 - 2023	PANFLU	Monitoraggio attuazione Piano PanFlu 2021 - 2023 e rendicontazione spesa secondo le indicazioni da Piano	Monitoraggio semestrale - Rendicontazione al 31.12.2023	N. 1 report	10,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	100,00
Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Garantire la priorità nelle convocazioni in Commissione Invalidi Civili degli utenti oncologici	CINV	Numero pratiche utenti oncologici gestite entro 15 gg / numero totale delle pratiche di utenti gestite *100	100%	10%	20,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Garantire il rispetto dei tempi nella gestione dell'attività relativa a certificazioni, visite fiscali, e altri adempimenti previsti da norme e regolamenti riferiti all'attività medico legale di competenza	CERT 1	Numero visite effettuate entro 30gg / numero richieste pervenute	100%	10%	25,00	100,00%	
Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Regolamento Commissioni Mediche sulle Invalidità Civili	CERT 2	Predisposizione Regolamento Aziendale	Entro il 31.12.2023		20,00	100,00%	

Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti (incluse le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio)	CERT 3	Numero Certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori / Tot. certificazioni richieste	100%	70%	20,00	100,00%
Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Reportistica in merito all'attività svolta per specifiche articolazioni del Dipartimento	REPORT	Definizione e produzione di un Report rappresentativo delle attività delle singole Aree del Dipartimento	1. Modello Report - 2. Trasmissione di 2 Report per semestre (Agosto 2023 - Gennaio 2024)		5,00	100,00%
Dipartimento di Prevenzione	SC MEDICINA LEGALE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon Retto - K Mammella attraverso la Comunità di Pratica	KCR - KM	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento	2 audit	1 audit	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	90%	9,85	98,53%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	>=70%	60%	10,00	100,00%

Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Miglioramento degli indicatori PNE	IDP063	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	Target 100%	95%	8,43	84,21%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in Vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Potenziamento dell'attività chirurgica in elezione	IDP181	Volume di attività chirurgica in elezione nel 2023 / Volume di attività chirurgica in elezione nel 2022 * 100	>=98% rispetto al 2022	90%	40,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	13,05	87,08%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%

Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OCULISTICA	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	90%	20,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	>=70%	60%	3,34	33,33%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Miglioramento degli indicatori PNE	IDP069	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	Target 53% e/o miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente	Nessuna variazione	1,22	12,17%

98,05

Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA Percorso Nascite attraverso la Comunità di Pratica	PN	Numero Audit di monitoraggio e d eventuale aggiornamento linee guida	2 audit	1 audit	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	10,00	100,00%

84,56

Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	>=70%	60%	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	90%	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Miglioramento indicatori del PNE	IDP071	Numero parti cesarei primari / Numero parti con nessun pregresso cesareo * 100	Target 25% e/o miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente	Nessuna variazione	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%

95,00

Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%	99,26
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	4,66	65,28%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	15,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	>=70%	60%	4,60	64,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	100%	25,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%	

Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC CHIRURGIA VASCOLARE	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		14,10	93,74%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	90%	30,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%

98,96

Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	14,86	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC NEUROCHIRURGIA	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	4,80	95,91%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	90%	20,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%

99,80

Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Potenziamento attività chirurgica day surgery rispetto all' anno 2022	DAYSURG	Attività chirurgica day surgery anno 2023 / Attività chirurgica day surgery 2022	Miglioramento rispetto anno 2022 (%)	Nessun miglioramento	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC OTORINOLARINGOIATRIA E MAXILLO	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		13,35	88,98%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=98% rispetto al 2022	90%	25,00	100,00%

Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	>=70%	60%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	0,00	0,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2023	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	nessuna riduzione	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SC UROLOGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SD ODONTOSTOMATOLOGIA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	60,00	100,00%
Dipartimento di area chirurgica	SD ODONTOSTOMATOLOGIA	Applicazione procedura NORA finalizzata a indagini/procedure diagnostiche terapeutiche in forma piu tollerabile per il pz	NORA		2 report semestrali	nessun report	5,00	100,00%

88,35

Dipartimento di area chirurgica	SD ODONTOSTOMATOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	10,00	100,00%	100,00
Dipartimento di area chirurgica	SD ODONTOSTOMATOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	10,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SD ODONTOSTOMATOLOGIA	Miglioramento qualità percepita e di accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento di area chirurgica	SD ODONTOSTOMATOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso		18,93	94,67%	
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		5,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO attraverso la Comunità di Pratica	PBCO	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	5,00	100,00%	

Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	19,60	100,00%
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	99,40%
Dipartimento di area medica	SC PNEUMOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO - Scopenso Cardiaco - Diabete e partecipazione Comunità di Pratica	BPCO - SC - DIAB	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	5,00	100,00%

98,53

Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		9,27	92,61%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	100% degli eleggibili	< 80% degli eleggibili	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	25,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	13,80	91,76%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA GENERALE E DAY HOSPITAL	Monitoraggio attività ambulatori per Epatologia, Fibroscan e Reumatologia	AMB	Incremento attività 2023/2022	>=100%	scostamento 5%	5,00	100,00%

98,07

Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Comunicazione tempestiva alla Direzione Generale delle criticità del reparto per le azioni operative conseguenti	100%		10,00	100,00%	100,00
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	15,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		15,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	30,00	100,00%	
Dipartimento di area medica	SC PEDIATRIA - TIN (Terapia Intensiva Neonatale) - NEONATOLOGIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	

Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	100% degli eleggibili	< 80% degli eleggibili	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	20,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire le risposte al fabbisogno di prestazioni ambulatoriale MOC	MOC	Garantire apertura giornaliera 5 gg / 7gg e mantenimento st/accessi 260 medi mensili	Regolare apertura settimanale e 260 prestazioni mensili	regolare apertura. 100%	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire l'avvio dell'attività ambulatoriale UVA	UVA	Apertura ambulatorio UVA 1 Trim. anno 2023	Apertura ambulatorio		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	8,34	83,35%

98,34

Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Implementare le attività previste nel il Piano triennale di attività	UVA1	• Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09/2023		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC GERIATRIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		6,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	20,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Riapertura agende pubbliche nel sistema CUP - HIV	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	30,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		7,00	100,00%

Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Audit monitoraggio PDTA SEPSI	SEPSI	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	STERIL	STERIL
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MALATTIE INFETTIVE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	7,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	30,00	100,00%

55,00

Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		3,23	64,59%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Incremento Dialisi Peritoneale	DIPE	N. nuovi inserimenti pz in dialisi peritoneale 2023 / N. nuovi inserimenti pz in dialisi peritoneale 2022	>= 30% rispetto anno 2022		15,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso		15,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	17,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%

98,23

Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		3,80	0,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	25,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC NEUROLOGIA STROKE-UNIT	Implementare le attività previste nel Piano triennale di attività	UVA1	• Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09/2023		3,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%

98,80

Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	10,00	98,89%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA Scompenso Cardiaco e partecipazione Comunità di Pratica	SC	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	15,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		4,74	94,82%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	14,61	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	>=70%	60%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Miglioramento degli indicatori PNE	IDP057	Proporzione di infarti miocardici acuti trattati con PTCA entro 2 gg	>60%	25%	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	IDP179	Volume di attività Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2023 / Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2022* 100	>= 75% per l'anno in corso		5,00	100,00%

99,35

Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC CARDIOLOGIA E UTIC	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	20,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete e partecipazione Comunità di Pratica	BPCO - SC - DIAB	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	100% degli eleggibili	< 80% degli eleggibili	10,00	100,00%

90,00

Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	25,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	0,00	0,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento di area medica	SC MEDICINA E LUNGODEGENZA - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	4,60	92,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno ad eccezione dei deceduti)	100%		12,04	80,31%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	ORGANI	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	NUORO ≥ 30%	>= 30%	20,00	0,00%

Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Applicazione procedura NORA finalizzata a indagini/ procedure diagnostiche terapeutiche in forma piu tollerabile per il pz	NORA	Report attività semestrale applicazione NORA secondo procedura; Eventuale aggiornamento procedura	2 report semestrali	nessun report	7,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA SEPSI	SEPSI	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	STERIL	STERIL
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	100% degli eleggibili	< 80% degli eleggibili	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Integrazione all'attività di Ortopedia - Miglioramento degli indicatori PNE	IDP069	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	Target 53% e/o miglioramento dell'indicatore risoetto all'anno precedente	Nessuna variazione	13,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO NUORO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC LABORATORIO ANALISI	B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza(azione 1.4.1.COLON RETTO)	IDP25/4	N. di sedute analitiche per esecuzione sangue occulto nelle feci/n. consegne di campioni da parte dei vettori del centro screening	100% degli esami richiesti	90%	30,00	100,00%

91,64

Dipartimento dei Servizi	SC LABORATORIO ANALISI	B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1.COLON RETTO)	REF	Miglioramento dei tempi di risposta	100% degli esami richiesti nelle tempistiche accordate (<= 5 GG)		30,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC LABORATORIO ANALISI	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC LABORATORIO ANALISI	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC LABORATORIO ANALISI	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC LABORATORIO ANALISI	Miglioramento continuo della qualità al fine di assicurare standard qualitativi adeguati, partecipazione a VEQ (Valutazione esterna di qualità) e CQI per il monitoraggio costante dei processi analitici.	QUAL	Partecipazione a VEQ (Valutazione esterna di qualità) e CQI per il monitoraggio costante dei processi analitici.	Partecipazione di tutti settori produttivi del laboratorio come a programmi CQI e VEQ delle forniture aziendali con produzione di report dettagliati , quotidiani / settimanali, trimestrali per VEQ (Certificazione annuale dell'ente di sorveglianza per la VEQ), raccolti in report a cadenza mensile		15,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Corretto utilizzo sangue ed emoderivati secondo i programmi di Patient Blood management (PBM)	PBM1	Proseguimento attività COBUS - Monitoraggio PDTA "Patient Blood Management" e revisione eventuale	Monitoraggio ed eventuale revisione del PDTA		15,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM): 1) Appropriata fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo pre operatorio PBM	PBM2	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g) (obiettivo da rivalutare ai 6 mesi)	1) >50% 2) >70%		20,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%

100,00

100,00

Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	100,00
Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	10,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC MEDICINA IMMUNO TRASFUSIONALE	Miglioramento dei tempi medi di refertazione	REF 1	Aferesi terapeutica = procedura entro 6 ore dalla diagnosi	rispetto tempistica delle 6 ore		35,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso (da rivalutare ai 4 mesi)	70%	10,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Garantire il mantenimento dell'apertura delle Agende pubbliche	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		10,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	KCR - KM	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	25,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2020 per la parte di competenza(SCREENING MAMMELLA	SCREENING_LEA	N. slot dedicate allo Screening per consentire un tasso di adesione reale >=30%	Screening mammografico: tasso di adesione reale >=30%		5,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2020 per la parte di competenza(SCREENING MAMMELLA	REF	Garantire la refertazione della mammografie di 1° livello nei tempi stabiliti dagli indicatori GISMA	refertazione 1° livello: = >90% entro 15 gg dalla data di esecuzione del test; approfondimenti: => 90% entro 20 gg dalla data di esecuzione del test	refertazione 1° livello: = >90% entro 25 gg dalla data di esecuzione del test; approfondimenti: => 90% entro 30 gg dalla data di esecuzione del test	10,00	100,00%	100,00

Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Applicazione procedura NORA finalizzata a indagini/ procedure diagnostiche terapeutiche in forma piu tollerabile per il pz	NORA	Report attività semestrale applicazione NORA secondo procedura; Eventuale aggiornamento procedura	2 report semestrali	nessun report	15,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Audit monitoraggio PDTA paziente adulto con iperglicemia in Pronto Soccorso	IPER	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Audit monitoraggio PDTA paziente con SEPSI	SEPSI	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	STERIL	STERIL
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Riduzione tempi attesa e miglioramento del gradimento degli utenti	SET	Predisposizione procedura SEE AND TREAT	Applicazione e Monitoraggio della procedura e riduzione tempi di attesa rispetto al 2022		10,00	100,00%

100,00

Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Miglioramento dell'attività del pronto soccorso	HE2	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice giallo visitati entro 30'	40%	miglioramento dato 2022	1,90	38,11%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Miglioramento dell'attività del pronto soccorso	HE3	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice verde visitati entro 60'	45%	miglioramento dato 2022	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Miglioramento dell'attività del pronto soccorso	HE4	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice bianco visitati entro 90'	50%	miglioramento dato 2022	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Miglioramento della attività' del pronto soccorso	RIC	% ricoveri su totale accessi (esclusi eventuali ricoveri in reparti Covid)	Riduzione andamento storico 2023/2022		20,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	15,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Miglioramento appropriatezza attività' del pronto soccorso	OBI	% di pazienti che a seguito di un contatto in Pronto Soccorso con un passaggio in OBI rientrano in contatto con il Pronto Soccorso in un arco temporale che va dai 4 ai 30 gg postumi alla dimissione	Riduzione dato 2022		10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SC EMERGENZA URGENZA PRONTO SOCCORSO OSSERVAZIONE BREVE	Formazione interna (con Accreditamento ECM): Lezioni frontali e simulazione su argomenti rilevanti sull'area dell'emergenza urgenza	FORM	N° personale con attestazione corso e / o n. lezioni frontali e simulazioni / totale personale coinvolto	Attestazione di partecipazione per il 70% del personale coinvolto		STERIL	STERIL
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		10,00	100,00%

91,90

Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Audit monitoraggio PDTA paziente adulto con iperglicemia in Pronto Soccorso	IPER	Numero Audit di monitoraggio	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	15,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Audit monitoraggio PDTA paziente con SEPSI	SEPSI	Numero Audit di monitoraggio	almeno 2 report di monitoraggio risultati PDTA SEPSI ed n° di non conformità gestite	1 audit	STERIL	STERIL
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Riduzione tempi attesa e miglioramento del gradimento degli utenti	SET	Predisposizione procedura SEE AND TREAT	Applicazione e Monitoraggio della procedura e riduzione tempi di attesa rispetto al 2022		15,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Miglioramento dell'attività del pronto soccorso	HE2	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice giallo visitati entro 30'	50%	miglioramento dato 2022	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Miglioramento dell'attività del pronto soccorso	HE3	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice verde visitati entro 60'	50%	miglioramento dato 2022	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Miglioramento dell'attività del pronto soccorso	HE4	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice bianco visitati entro 90'	50%	miglioramento dato 2022	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Miglioramento della attività' del pronto soccorso	RIC	% ricoveri su totale accessi (esclusi eventuali ricoveri in reparti Covid)	Riduzione andamento storico 2023/2022		0,00	0,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%

90,00

Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%	
Dipartimento dei Servizi	SD PRONTO SOCCORSO - SAN CAMILLO SORGONO	Formazione interna (con Accreditamento ECM): Lezioni frontali e simulazione su argomenti rilevanti sull'area dell'emergenza urgenza	FORM	N° personale con attestazione corso e / o n. lezioni frontali simulazioni / totale personale coinvolto	Attestazione di partecipazione per il 70% del personale coinvolto		STERIL	STERIL	
Dipartimento dei Servizi	SC FARMACIA OSPEDALIERA	Garantire il rispetto dei vincoli di Bilancio Previsionale per fattore produttivo gestito dai Centri Risorsa	INDREP	Emissione di report di spesa farmaceutica ripartito per piano dei conti. Analisi trimestrale degli scostamenti che hanno comportato maggiori spese rispetto al corrispondente periodo dell'esercizio economico 2022	Report Annuale 2022 /2021 e 3 trimestrali 2023/2022 Invio alle Direzioni ASL Controllo di Gestione - UU.OO.		40,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC FARMACIA OSPEDALIERA	Programmazione acquisti beni sanitari	INDFAB	Piano del Fabbisogno dei beni sanitari riferito a tutte le unità ospedaliere	entro il 31/05/2023	entro il 30/06/2023	10,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC FARMACIA OSPEDALIERA	Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti. Punti D, E, G come da DGR del 13/10/2023	INDSPE	PUNTO D) Le prescrizioni dei medici che operano nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali delle Aziende sanitarie pubbliche devono essere conformi a quanto aggiudicato nelle procedure ad evidenza pubblica; nelle prescrizioni sono tenuti a indicare il solo principio attivo o la specialità aggiudicata in gara. La prescrizione di medicinali non aggiudicati nelle suddette procedure non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti. Le Aziende sanitarie trasmettono trimestralmente l'elenco dei medicinali acquistati su richiesta del clinico per le esigenze cliniche di specifici pazienti. PUNTO E) Il Prontuario terapeutico regionale è vincolante per le Aziende sanitarie, le richieste di farmaci non inseriti in PTR per necessità cliniche sui singoli pazienti devono essere gestite tramite richiesta motivata personalizzata (RMP) del medico alla Direzione sanitaria di appartenenza, che deve formalmente approvare o non approvare la richiesta. Le Direzioni trasmettono trimestralmente l'elenco delle RMP autorizzate	PUNTO D) 1) Spesa per acquisti diretti di farmaci non aggiudicati non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti. 2) Report trimestrale acquisti fuori gara; PUNTO E) Report trimestrale dei fuori prontuario; PUNTO G) 95% delle schede chiuse	-	20,00	100,00%	100,00
Dipartimento dei Servizi	SC FARMACIA OSPEDALIERA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC FARMACIA OSPEDALIERA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento dei Servizi	SC FARMACIA OSPEDALIERA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	15,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	20,00	100,00%	

Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	KCR - KM	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	20,00	100,00%	100,00
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	20,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Incremento spazi di prenotazione al Cup limitato a determinate specifiche di appropriatezza di accesso, con definizione di specifica Nota, con passaggio al CAS	IDP179bis	Monitoraggio e relazione in merito alla appropriatezza delle prestazioni di accesso e incremento slot di prenotazione pubblica al CUP	Relazione e adeguamento slot rispetto al 2022		15,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ONCOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% rispetto all'anno precedente	70%	19,25	67,37%	
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%		8,38	55,86%	

Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	14,60	73,07%
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	15,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC EMATOLOGIA, CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO E LABORATORIO SPECIALISTICO	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso	70%	30,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Obbligo compilazione delle Lettere di dimissione nel sistema	LD	N. Lettere Dimissione validate / totale Lettere di dimissione da validare (= n. dimissioni nell'anno)	100%	-	15,00	100,00%

87,23

Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%		5,00	100,00%	100,00
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	100%	97%	10,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2023 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2022 * 100 (rispetto all'organico presente)	>=100% del 2022	90%	15,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC DERMATOLOGIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	B.1 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1 sui tre screening),	IDP25/2	Esami citologici e microistologici refertati nell'anno per lo screening mammografico/totale esami citologici e microistologici richiesto dallo screening mammografico	=100%	90%	20,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	B.1 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1 sui tre screening),	IDP25/3	Controllo di qualità eseguiti sui pap test di 1° livello/totale controlli di qualità richiesti; pap test di 2° livello refertati/totale pap test di 2° livello; biopsie refertate /totale biopsie secondo livello screening cervice	=100%	99%	20,00	100,00%	

Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	B.1 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1 sui tre screening),	IDP25/4	Biopsie dello screening colon-rettale refertate /Totale biopsie dello screening colon-retto	=100%	90%	20,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	Mantenimento dei tempi medi di refertazione	REF	Mantenimento dei tempi medi di refertazione	<= 15 gg	<= 20 gg	20,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC ANATOMIA PATOLOGICA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Garantire potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP179	N. Utenti gestiti tra i due anni 2023 / 2022	mantenimento dello storico 2022	95%	15,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Audit monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	KCR - KM	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	30,00	100,00%
Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Riduzione tempi di attesa	TA	Tempo attesa avvio trattamenti	mantenimento/riduzione T.A. 2022 (Report e visite e inizio Trattamenti)		30,00	100,00%

100,00

Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	95,00
Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione all n. utenti dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	0,00	0,00%	
Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SC RADIOTERAPIA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD CAS (Centro Accoglienza Servizi Oncologici)	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	100,00
Dipartimento Oncologico	SD CAS (Centro Accoglienza Servizi Oncologici)	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	N. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD CAS (Centro Accoglienza Servizi Oncologici)	Rispetto procedura adottata dal C.A.S.	PROC	N. pz presi in carico al 31.12.2023	80%	70%	30,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD CAS (Centro Accoglienza Servizi Oncologici)	Completezza organizzativa del C.A.S.	ORG	Relazione al 20.10.2023	Predisposizione documento entro la data stabilita	Nessuna attività	30,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD CAS (Centro Accoglienza Servizi Oncologici)	Attività erogata nel 2023	CLASS ATT	Report periodico delle attività erogate e n. pazienti presi in carico	2 report: I sem. - Anno 2023	Nessun documento	20,00	100,00%	

Dipartimento Oncologico	SD CAS (Centro Accoglienza Servizi Oncologici)	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	>= 75% per l'anno in corso	70%	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Garantire il mantenimento dell'apertura delle Agende pubbliche	IDP179bis	Apertura agende pubbliche nel sistema CUP	Agende sempre aperte		5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Apertura giornaliera del Servizio	IDAPER	Apertura del servizio h 24 e 7 gg su 7	garantire l'apertura richiesta		15,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA K Colon Retto e partecipazione Comunità di Pratica	KCR	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	20,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1.COLON RETTO)	REF	N. sedute dedicate allo Screening per consentire un tasso di adesione reale >=20%	Screening colonrettale: tasso di adesione reale >=20%		30,00	100,00%	100,00
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2022 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Riduzione / Mantenimento anno precedente	Incremento della spesa	5,00	100,00%	
Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	

Dipartimento Oncologico	SD ENDOSCOPICA DIGESTIVA	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Attività di supporto agli attori coinvolti nella definizione degli atti per: K Colon Retto - K Mammella - Diabete - BPCO - Scompenso Cardiaco - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Numero Audit di monitoraggio e aggiornamento PDTA	2 audit e aggiornamento PDTA	1 audit	30,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Miglioramento Benessere Organizzativo	BO	Definizione strumento di rilevazione dei bisogni qualitativi e del benessere organizzativo (questionario) e successivo monitoraggio	entro i tempi definiti dalla Commissione aziendale per la promozione della salute in azienda da nominarsi con atto ad hoc		10,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Garantire l'appropriatezza delle cure attraverso processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona e alla qualità della relazione con il paziente cittadino	FP	Alimentazione 100% del fascicolo professionale	Alimentazione del sistema informativo specifico 100% dei dipendenti coinvolti	80%	10,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Garantire l'appropriatezza delle cure attraverso Corsi/seminari ad hoc professionalizzanti	FORM	Formazione per ulteriori 80 CPI e 50 OSS rispetto al 2022	100%	80%	10,00	100,00%	100,00
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Miglioramento accessibilità - gestione delle non conformità comunicate dall'URP	RECL	N. di lamentele gestite / lamentele prese in carico dall'URP	100%	70%	5,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	nessuna attività	10,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Monitoraggio revisione regolamento delle prestazioni aggiuntive	REGP_AGG	Revisione del regolamento	n. 1 documento entro il 30/04/2023	Nessuna attività	15,00	100,00%	

Area integrazione territorio ospedale	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste entro i tempi stabiliti	rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	nessuna non conformità	5,00	100,00%	100,00
Area integrazione territorio ospedale	SD GOVERNO LISTE ATTESA E SVILUPPO MEDICINA DI PROSSIMITA'	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa - attività di supporto al Dipartimento Amministrativo	Supporto alla Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	5,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SD GOVERNO LISTE ATTESA E SVILUPPO MEDICINA DI PROSSIMITA'	Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale secondo le linee guida in vigore	PERF	Condivisione obiettivi performance organizzativa / individuale entro i tempi stabiliti dal regolamento SMVT	n. 1 verbale di condivisione da trasmettere alla P&C entro 30 gg dalla negoziazione di budget	Nessuna attività	10,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SD GOVERNO LISTE ATTESA E SVILUPPO MEDICINA DI PROSSIMITA'	Liste attesa gestione risorse	MON	Ricognizione risorse per abbattimento liste attesa al 15.09.2023	Report al 15.09.2023 (Finanziamenti e criteri di utilizzo)	Nessuna attività	15,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SD GOVERNO LISTE ATTESA E SVILUPPO MEDICINA DI PROSSIMITA'	Liste attesa gestione risorse	PROG UT	Progetto utilizzo risorse abbattimento liste attesa e monitoraggio verso Enti di controllo RAS e Direzione	Predisposizione progetto entro il 30.09.2023; Rendicontazione entro il gennaio 2024	Nessuna attività	20,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SD GOVERNO LISTE ATTESA E SVILUPPO MEDICINA DI PROSSIMITA'	Piattaforma Ambulatoriale	PAMB	Programmazione piano / monitoraggio Piattaforma Ambulatoriale	Relazione entro il 20.10.2023	Nessuna attività	30,00	100,00%	
Area integrazione territorio ospedale	SD GOVERNO LISTE ATTESA E SVILUPPO MEDICINA DI PROSSIMITA'	Predisposizione atti programmatori nel rispetto delle direttive nazionali	PIAO	Supporto al P.I.A.O. per obiettivi di valore pubblico al 31.12.2023	Partecipazione incontri e predisposizione documenti di competenza	Nessuna attività	20,00	100,00%	