



**All. 1**

**BUDGET OPERATIVO AZIENDALE**  
***“ANNO 2023”***

## PREMESSA

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon (AORN) con il presente documento presenta il Documento di budget anno 2023, scaturito dalla fase di assegnazione e negoziazione degli obiettivi operativi tra la Direzione Strategica e i Direttori/Responsabili di UU.OO individuati Centro di Responsabilità per l'anno 2023.

## UU.OO. COMPLESSE, SEMPLICI INTER-DIPARTIMENTALI, SEMPLICI DIPARTIMENTALI E RELATIVI DIRETTORI/RESPONSABILI, TITOLARI DI SCHEDA OBIETTIVO PER L'ANNO 2023

N.	UOC/UOSD/UOSID	Direttori/Responsabili
<b>AREA DI STAFF STRATEGICO</b>		
1	<b>U.O.C. Programmazione</b>	Vetrano Francesco
2	<b>U.O.C. Controllo di Gestione</b>	Pisaturo Donatella
3	<b>U.O.C. Ricerca clinica e traslazionale</b>	Parasole Rosanna
4	U.O.S.I.D. Epidemiologia, Biostatistica Registro Tumori Infantili	Savoia Fabio
5	U.O.S.I.D. Sistemi e Flussi Informativi aziendali	Bruno Eugenio
6	U.O.S.I.D. Formazione e comunicazione	Fausta Mennella
7	U.O.S.I.D. Controllo Interno e Tutela privacy	Strino Antonella
8	U.O.S.I.D. Bioingegneria	Iuppariello Luigi
9	U.O.S.I.D. Segreteria Generale	De Florio La Rocca Fabio
<b>AREA DI STAFF AMMINISTRATIVO</b>		
10	<b>U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi</b>	Ferri Erica
11	<b>U.O.C. Affari generali</b>	Martino Simonetta
12	<b>U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria</b>	Guetta Salvatore
13	<b>U.O.C. Gestione Risorse Umane</b>	Covino Alessandra
14	<b>U.O.C. Affari Legali</b>	Fusco Maria
15	<b>U.O.C. Tecnico Patrimoniale e ICT</b>	Sirico Gennaro
16	U.O.S.I.D Patrimonio e Contratti	Giuliani Antonella
<b>AREA DI STAFF SANITARIO</b>		
17	<b>U.O.C. Dir. Medica P.O.Pausilipon e Servizi sanitari decentrati</b>	Arace Pasquale
18	<b>U.O.C. Dir. Medica P.O.Santobono</b>	Arace Pasquale
19	<b>U.O.C. Farmacia</b>	Margiotta Giovanna
20	<b>U.O.C. Servizio infermieristico aziendale</b>	Rossi Virginia
21	<b>U.O.C. Servizio Tecnico e della Riabilitazione</b>	Coppeto Mario
22	U.O.S.I.D. Outpatient e Liste di attesa	Sorrentino Laura
23	U.O.S.I.D. Rischio clinico	Passaro Maria
<b>DIPARTIMENTO AREA CRITICA</b>		
24	<b>U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia</b>	Di Toro Antonino
25	<b>U.O.C. Terapia Intensiva Pediatrica</b>	Zito Marinosci Geremia
26	<b>U.O.C. Anestesia e Centro di Medicina Iperbarica</b>	Infascelli Rosario Marco
27	U.O.S.D. Anestesia e Terapia Intensiva Pediatrica Pausilipon	Agostino Cauteruccio
28	U.O.S.D. Attività anestesilogiche operatorie	Aprea Gianfranco
29	U.O.S.D. Ospedalizzazione Dom. e cure domiciliari complesse	Dolcini Anna
30	U.O.S.D. Centro di Rif. Reg. Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche	Celentano Loredana

<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</b>		
31	<b>U.O.C Neurochirurgia Pediatrica</b>	Giuseppe Cinalli
32	<b>U.O.C.Neurologia e neuroriabilitazione</b>	Varone Antonio
33	<b>U.O.C Neuroradiologia</b>	Covelli Eugenio
34	U.O.S.D. Malattie Neuro-endocrine e Centro Obesità	Licenziati Maria Rosaria
35	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	Grimaldi Giampina
36	U.O.S.D. Neuroriabilitazione, Riabilitazione intensiva e ortopedia funzionale	Monorchio Paolo
37	U.O.S.D. NCH funzionale	Ruggiero Claudio
38	U.O.S.D. Chirurgia cranio maxillo facciale	Aliberti Ferdinando
<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA,EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI</b>		
39	<b>U.O.C. Oncoematologia Pediatrica</b>	Menna Giuseppe
40	<b>U.O.C. Oncologia Pediatrica</b>	Abate Massimo Eraldo
41	<b>U.O.C. Trapianto di Cellule Ematopoietiche e Terapie Cellulari</b>	Tambaro Francesco Paolo
42	U.O.S.D. BASCO, Manipolazione Cellulare e Immunogenetica	Penta De Vera D'Aragona Roberta
43	U.O.S.D. DH - Day Service Oncologico	Parasole Rosanna
44	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	Mascio Maria Vittoria
45	U.O.S.D. Neuro Oncologia	Quaglietta Lucia
<b>DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA</b>		
46	<b>U.O.C. Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso e Terapia sub-intensiva</b>	Tipo Vincenzo
47	<b>U.O.C. Pediatria generale e Immuno-Reumatologia</b>	Martemucci Luigi
48	<b>U.O.C. Pediatria malattie croniche e multifattoriali</b>	Siani Paolo
49	U.O.S.D. Genetica Medica	De Brasi Daniele
50	U.O.S.D. Malattie metaboliche	Carbone Maria Teresa
51	U.O.S.D. DH - Day Service Pediatrico e Pre-ospedalizzazione	Petrone Emma
52	U.O.S.D. Cardiologia Pediatrica	Di Nardo Giangiacomo
<b>DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE</b>		
53	<b>U.O.C. Gastroenterologia</b>	Mariano Caldore
54	<b>U.O.C. Centro Trapianti Rene-Nefrologia Pediatrica e Dialisi</b>	Malgieri Gabriele
55	<b>U.O.C. Pneumologia, UTSIR e Riabilitazione Respiratoria</b>	Vuillemier Pierluigi
56	U.O.S.D. Centro regionale pediatrico di nutrizione clinica NAD e dietetica	Cecchi Nicola
57	U.O.S.D. Endocrinologia e Auxologia	Klain Antonella
<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA</b>		
58	<b>U.O.C. Chirurgia Pediatrica e Day-Surgery</b>	De Luca Ugo
59	<b>U.O.C. Chirurgia Pediatrica, Neonatale e d'Urgenza</b>	Gaglione Giovanni
60	<b>U.O.C. Urologia Pediatrica</b>	Di Iorio Giovanni
61	U.O.S.D. Chirurgia ad indirizzo oncologico	Pirisi Pietro
62	U.O.S.D. Chirurgia Plastica e Centro Ped.Regionale Ustioni	Zamparelli Marcello
<b>DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>		
63	<b>U.O.C. Otorinolaringoiatria e Centro di Rif. Reg. Impianti Cocleari</b>	Della Volpe Antonio
64	<b>U.O.C. Ortopedia e Traumatologia</b>	Guida Pasquale
65	<b>U.O.C. Oculistica e Centro di Riferimento Regionale per la Retinopatia del Pretermine</b>	Picardi Ciro
66	U.O.S.D. Odontoiatria	Marraudino Carmela
<b>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI</b>		
67	<b>U.O.C. Anatomia Patologica</b>	Donofrio Vittoria
68	<b>U.O.C. Patologia Clinica</b>	Leone Ornella
69	<b>U.O.C. Diagnostica per Immagini</b>	Zeccolini Massimo
70	U.O.S.D. Diagnostica per Immagini Pausilipon	Rossi Eugenio
71	U.O.S.D. Diagnostica per Immagini in Emergenza Urgenza	Esposito Francesco

## **AREA STAFF STRATEGICA**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Programmazione

DIRETTORE/RESPONSABILE

Vetrano Francesco

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Supporto alla Direzione strategica per la predisposizione atti necessari all'adozione ed implementazione nuovo atto aziendale in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale. Assolvimento adempimenti , monitoraggio e rendicontazione attività	(1.1.1) N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività			n. >= 1 documenti prodotti		30	
1.1.1	1.1.1 Supporto alla Direzione strategica per la predisposizione atti necessari all'adozione ed implementazione nuovo atto aziendale in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale. Assolvimento adempimenti , monitoraggio e rendicontazione attività	(1.1.1) N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività di ricerca			n. >= 3 documenti prodotti		20	
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione dei flussi SDO, EMUR, FILE C, HSP 11, HSP 11 BIS, HSP 12, HSP 22 BIS, HSP .... in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. contestazioni regionali ricevute			=0 contestazioni		15	
2.1.4	2.1.4 Programmazione e monitoraggio mensile delle ore aggiuntive	(2.1.4) Trasmissione report ore aggiuntive e del monitoraggio delle prestaz. Aggiuntive effettuate			n.>= 8 report entro il 31.12.2023		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)  
U.O.C. Controllo di Gestione  
Pisaturo Donatella

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1.1 Supporto alla Direzione strategica per la predisposizione di atti necessari all'adozione ed implementazione del nuovo atto aziendale in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale. Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività	(1.1.1.1) n° di documentazione e reportistica a supporto della relativa attività			n° Report/documentazione=>4		30	
2.1.2	2.1.3.1 Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso attuazione del percorso certificabilità (PAC) - Efficientamento gestionale delle procedure interne	(2.1.3.1) n° documento con elaborazione contenuti PAC di competenza entro il 31.12.2023			n.1 elaborata entro il 31.12.2023		20	
2.1.3	2.4.1.1 Assolvimento degli adempimenti secondo normativa prevista in materia prevenzione della corruzione e della trasparenza; 2.4.1.3 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1.1) n° documento con relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza (aggiornamento funzionigramma e CV dirigenti)			Riscontro positivo relazione RPCT		5	
2.4.2	2.4.2.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività relative alla privacy; implementazione/aggiornamento registro trattamento dati	(2.4.2.2) esito positivo da relazione -Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi			n.4 progetti e trasmissione stato dell'arte alla Direzione Strategica		20	
2.1.3	2.1.3 Attività per il miglioramento dell'appropriatezza gestionale - organizzativa/ assolvimento degli adempimenti secondo cronoprogramma. Attività di redazione del PTFP	2.1.3 Supporto al GRU nella redazione ed elaborazione del PTFP			>= n. 1 documento trasmesso al GRU e alla Direzione Strategica		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO** AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)  
**UOC/UOSD/UOSID** U.O.C. Ricerca clinica e traslazionale  
**DIRETTORE/RESPONSABILE** Parasole Rosanna  
**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		20	
3.1.1	Partecipazione attiva all'elaborazione di Progetti di ricerca competitivi per l'attribuzione di fondi per la ricerca	N. Progetti di ricerca sottomessi/approvati			N. ≥ 3		30	
3.1.1	Partecipazione attiva alla progettazione dei locali adibiti ai Laboratori di Ricerca	Consulenza tecnica per realizzazione del progetto			ESITO POSITIVO da relazione sullo Stato di Avanzamento		25	
3.1.1	Pubblicazioni scientifiche su ricerca traslazionale	N. lavori pubblicati			N. ≥ 3		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Epidemiologia, Biostatistica Registro Tumori Infantili

DIRETTORE/RESPONSABILE

Savoia Fabio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente regionale SDO			=0		45	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da relazione		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		15	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.>= 2		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



### OBIETTIVI ANNO 2023

DIPARTIMENTO

AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Sistemi e Flussi Informativi aziendali

DIRETTORE/RESPONSABILE

Bruno Eugenio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 Attività di progettazione e prosecuzione dei progetti relativi ai finanziamenti PNRR/POR-FESR, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN	2.1.3 Completamento dei lavori programmati nel 2023 secondo i termini stabiliti			>= 2 dei lavori ultimati con collaudo		40	
2.1.4	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.2.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		5	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		5	
3.2.1.	3.2.1 Adozione procedura informatizzata	(3.2.1) conclusione processo di integrazione del sistema informatico trasfusionale			ESITO POSITIVO da relazione		20	
3.2.1.	3.2.1 Adozione procedura informatizzata	(3.2.1) miglioramento processo di alimentazione documenti digitali al FSE ( Fascicolo Sanitario Elettronico)			ESITO POSITIVO da relazione		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO** AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)  
**UOC/UOSD/UOSID** U.O.S.I.D. Formazione e comunicazione  
**DIRETTORE/RESPONSABILE** Fausta Mennella  
**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 Definizione procedure amministrativo contabili ai fini del PAC (percorso attuativo della certificabilità)	(2.1.3) Procedure/percorsi effettuati			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2023		10	
3.2.1	3.2.1 Implementazione del percorso per la Qualità delle attività formative ECM	(3.2.1) Sperimentazione di processi, procedure/audit interni e revisioni			n. >=4 effettuati		20	
3.2.1	3.2.1 Implementazione delle attività formative	Realizzazione di percorsi di formazione innovativi mediante l'utilizzo di strumenti di simulazione ad alta fedeltà			n. >=3 effettuati		30	
3.2.1	3.2.1 Implementazione attività di comunicazione istituzionale	Implementazione dei contenuti informativi anche mediante realizzazione di video di presentazione dell'Azienda da lanciare su piattaforme web			n. >=4 effettuati		20	
3.2.1	3.2.1 Implementazione attività di comunicazione istituzionale	Realizzazione questionario di customer satisfaction			Pubblicazione on-line questionario entro il 31.12.2023		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Controllo interno e Tutela privacy

DIRETTORE/RESPONSABILE

Strino Antonella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 Internal audit	(2.1.3) Numero IA effettuati			n. >=4 Audit effettuati nell'anno		30	
2.1.3	2.1.3 Azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso la puntuale attuazione del percorso di certificabilità - rispetto dei tempi di pagamento - rendicontazione attività	(2.1.3) Tipologia /numero di procedure amministrativo-contabili predisposte in collaborazione altre UUOO			n. >=4 procedure effettuate entro il 31.12.2023		20	
2.4.1	2.4.1 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività: procedure adottate e introduzione misure correttive tese al rispetto del Regolamento UE 2016/679 sulla normativa privacy	(2.4.1) Regolamentie/o procedure aziendali predisposti/aggiornati e controlli effettuati			n.>=1 regolamenti effettuati o aggiornati		20	
2.4.2	2.4.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e attività relative alla "privacy"; implementazione/aggiornamento registro trattamento dati	(2.4.2) Attività svolte dall'Ufficio Trattamento dati e numero registri trattamento dati attivati con il relativo supporto			ESITO POSITIVO da trasmissione alla Direzione Strategica		20	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese al rispetto del Regolamento UE 2016/679 sulla normativa privacy. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Privacy			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Bioingegneria

DIRETTORE/RESPONSABILE

Ippariello Luigi

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Area Ingegneria Clinica-Aggiornamento in Piattaforma NSIS delle Grandi Apparecchiature	(2.1.2) Attività eseguita in Piattaforma			100% delle attività		10	
2.1.3	2.1.3 Area Ingegneria Clinica-Rilascio pareri tecnici e redazioni Capitolati richiesti da altre UU.OO. con Definizione dei requisiti impiantistici e tecnologici connessi ai locali ad uso medico ed alle apparecchiature elettromedicali	(2.1.3) Pareri e Capitolati prodotti			100% delle richieste		20	
2.1.3	2.1.3 Area Ingegneria Clinica-Elaborazione del Piano dei Fabbisogni Biennali Regionale per apparecchiature Elettromedicali su base Regionale a Supporto della UOC ABS	(2.1.3) Redazione e aggiornamento Piano Fabbisogni			100% delle attività		20	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
2.4.2	2.4.2 Area Ingegneria Clinica - Rilascio collaudi apparecchiature elettromedicali	(2.4.2) Collaudi trasmessi		25	n.> = 30		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.> = 2		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**AREA RICERCA-INNOVAZIONE-SVILUPPO (ex Area Staff Strategico)**  
**U.O.S.I.D. Segreteria Generale**  
**De Florio La Rocca Fabio**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: comunicati inerenti attività ed iniziative dell'AORN di particolare rilevanza/impatto mediatico-comunicativo	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			>= 2 trasmissioni effettuate da riscontro Resp.Sito Web		30	
3.2.1	3.2.1 Supporto alla Direzione Strategica per la predisposizione di atti ed attività in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale	Verifica rispetto tempistiche di riscontro richieste da enti terzi			>= 75% correttezza dei riscontri effettuati nei tempi		30	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.1.1	3.1.1 Supporto a collaborazioni interaziendali FIASO-CERISMAS-AOPI	Trasmissione reseconto mensile			n.>=7 report trasmessi alla Direzione Strategica		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

## **AREA DI STAFF AMMINISTRATIVA**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

DIRETTORE/RESPONSABILE

Ferri Erica

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione di almeno il 10% del valore del debito scaduto AP - circolare n.17/2022 MEF	1.1.1 liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi			Liquidazione spese per servizi in media entro 15 gg da attestazione DEC		15	
1.1.1	1.1.1 Riduzione di almeno il 10% del valore del debito scaduto AP - circolare n.17/2022 MEF	1.1.1 Presa in carico e registrazione dei beni consegnati al magazzino economale			Registrazione dei beni entro 15 gg dalla DDT		20	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2023		15	
2.1.3	2.1.3 Attività di progettazione e prosecuzione dei progetti relativi ai finanziamenti PNRR e POR-FESR, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN	2.1.3 Completamento dei lavori programmati nel 2023 secondo i termini stabiliti			90% del totale dei lavori ultimati con collaudo		30	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Affari generali**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Martino Simonetta**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione di almeno il 10% del valore del debito scaduto AP - circolare n.17/2022 MEF	(1.1.1) Liquidazione entro 30 gg da prestazione effettuata			Esito positivo da relazione		20	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficiamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2023		20	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		15	
3.2.1	3.2.1 Aggiornamento periodico dello scadenario delle convenzioni di propria competenza	(3.2.1) Scadenario convenzioni			Relazione aggiornamento entro il 31.12.2023		20	
3.2.1	3.2.1 Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi attraverso azioni più funzionali ed efficaci.	(3.2.1.) Biblioteca virtuale : raccolta e archiviazione di leggi nazionali e regionali e di regolamenti aziendali			Esito positivo da relazione		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**



**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria

DIRETTORE/RESPONSABILE

Guetta Salvatore

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Rispetto tempo dei pagamenti	(1.1.1) ITP ANNUO < - 30 gg (Dato PCC)			<-30 gg (dato PCC)		20	
1.1.1	1.1.1 Riduzione di almeno il 10% del valore del debito scaduto AP o debito scaduto <= al 5% dell'importo relativo alle fatture esercizio corrente- circolare n.17/2022 MEF	(1.1.1) Debiti commerciali scaduto 2023 Inferiore del 10% rispetto all'anno precedente (Dato PCC) o debito <= al 5% debito totale scaduto fatture esercizio corrente			Esito positivo da relazione		20	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2023		10	
2.1.3	2.1.3 Circolarizzazione crediti e solleciti di riscossioni	(2.1.3) Invio comunicazione per almeno il 90% dell'importo dei crediti complessivi			>=90% dei crediti complessivi		10	
2.1.3	2.1.3 Definizione e/o implementazione delle procedure di competenza ai fini della certificabilità di bilancio	(2.1.3) Procedure/percorsi effettuati			>= n.1		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Gestione Risorse Umane**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Covino Alessandra**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di pagamento atti di liquidazione delle spese di competenza	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione al SIAC e data attestazione)			<10% rispetto al totale		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		10	
2.1.3	2.1.3 Attività per il miglioramento dell'appropriatezza gestionale - organizzativa/ assolvimento degli adempimenti secondo cronoprogramma. Attività di reclutamento del personale in conformità al PTFP	(2.1.3) Numero procedura attivate dal piano assunzionale			n. >=7 percorsi effettuati entro il 31.12.2023		40	
2.1.3	2.1.3 Dematerializzazione ed ottimizzazione dei processi. Attivazione ed implementazione nuovi applicativi presenze, portale del dipendente, trattamento economico	(2.1.3) Implementazione dei nuovi applicativi			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione	(2.1.3) Partecipazione alle procedure di competenza per il P.A.C.			n. >=1 percorsi effettuati entro il 31.12.2023		20	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

### OBIETTIVI ANNO 2023

DIPARTIMENTO

AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Affari Legali

DIRETTORE/RESPONSABILE

Fusco Maria

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione di prestazioni in convenzione	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate sul SIAC oltre i 15 gg (Differenza tra data acquisizione SIAC e data provvedimento di liquidazione)			<=10 % sul totale liquidazioni		25	
2.1.2	2.1.2 Utilizzo corrente Legal App e trasmissione flusso SIMES nei tempi previsti	(2.1.2) Adempimenti Legal App SIMES			Adempimento entro il 31.12.2023		30	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	(2.1.3) Attuazione alle procedure di competenza per il P.A.C. - Aggiornamento Banca dati Anagrafe delle prestazioni "PERLA-PA" per il conferimento dell'incarico.			Adempimento entro il 31.12.2023		20	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Esito positivo relazione RPCT		10	
2.1.3	2.1.3 Partecipazione e supporto a procedure Percorso Attuativo Certificazione di Bilancio con Efficientamento gestionale delle procedure interne in condivisione con le UOC interessate dello Staff della Direzione Amministrativa	Partecipazione alle procedure di competenza per il PAC ( registro incarichi esterni)			n. >=1 procedura effettuata entro il 31.12.2023		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Tecnico Patrimoniale e ICT**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Sirico Gennaro**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1 Area Amministrativa-Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi	(1.1.1) Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data registrazione e data acquisizione attestazione DEC)			<10 % sul totale liquidazioni		20	
2.1.3	2.1.3 Attività di progettazione e prosecuzione dei progetti relativi ai finanziamenti PNRR e POR-FESR, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN	2.1.3 Completamento del processo di aggiudicazione dei lavori programmati nel 2023			80% dei lavori ultimati		50	
2.1.3	2.1.3 Area Lavori e manutenzioni immobili-Avvio dei lavori di manutenzione straordinaria relativi all'Accordo Quadro Lavori Quadriennale, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN	(2.1.3) Prosecuzioni lavori avviati nel 2022			> = n.2 SAL		10	
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Esito positivo relazione RPCT		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**AREA DI STAFF DI DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.S.I.D Patrimonio e Contratti**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Giuliani Antonella**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.1	2.4.1 Procedure e misure tese per la prevenzione della corruzione. Rispetto del Dlgs 33/2013 (riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)	(2.4.1) Relazione attività prevenzione della corruzione. Pubblicazione atti di propria competenza nella Sezione Trasparenza.			Riscontro positivo relazione RPCT		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		20	
2.1.3	2.1.3 Attività di supporto amministrativo/contabile/contrattuale relativo ai progetti finanziati con fondi PNRR e POR-FESR, a soddisfacimento delle esigenze dell'AORN	Partecipazione alla elaborazione di atti			>= 12 delibere prodotte		35	
2.1.3	2.1.3 Attività per il miglioramento gestionale e organizzativo dell'AORN	(2.1.3) Documentazione delle attività sviluppate			Elaborazione linee operative nuovo Codice Appalti da trasmettere alla Direzione Strategica entro il 31.12.23		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

## **AREA STAFF SANITARIA**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA DI STAFF DI DIREZIONE SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Dir. Medica P.O.Pausilipon e Servizi sanitari decentrati

DIRETTORE/RESPONSABILE

Arace Pasquale

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1.6 Supporto progettazione " Nuovo Ospedale Santobono "	(1.1.1) N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività			n. >= 1 report effettuato		10	
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione e puntuale tempistica di trasmissione flusso HSP 11 BIS, 22 BIS mensile	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi			= 0 contestazioni		30	
2.2.1	2.2.1 Effettuazione di una mappatura presidiale degli errori da cui può conseguire un incremento del rischio e una riduzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure	(2.2.1) Implementazione di un sistema di incident reporting attraverso un software dedicato			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.3.1	2.3.1 Potenziamento degli strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa	(2.3.1) N. di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno		n.1	n. >= 2 questionari in un anno		20	
3.1.2	Attività di ispezione per la verifica delle condizioni igienico - sanitarie negli spazi del PO	Numero ispezioni effettuate nell'anno		n.8	>= 10		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA DI STAFF DI DIREZIONE SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Dir. Medica P.O.Santobono

DIRETTORE/RESPONSABILE

Arace Pasquale

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
1.1.1	1.1.1.6 Supporto progettazione " Nuovo Ospedale Santobono "	(1.1.1) N.documentazione e reportistica a supporto della relativa attività			n. >= 1 report effettuato		10	
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione e puntuale tempistica di trasmissione flusso HSP 11 BIS, 22 BIS mensile	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi			= 0 contestazioni		20	
2.1.3	2.1.3 Supporto tecnico per la formalizzazione richieste di acquisizione Beni e Servizi e stesura capitolati alla UOC ABS; Supporto alla UOC Affari legali nella fase istruttoria dei contenziosi	(2.1.3) Numero procedure e atti		4	n. >= 6 procedure effettuate nell'anno		20	
2.2.1	2.2.1 Effettuazione di una mappatura presidiale degli errori da cui può conseguire un incremento del rischio e una riduzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure	(2.2.1) Implementazione di un sistema di incident reporting attraverso un software dedicato			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.1	2.3.1 Potenziamento degli strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa	(2.3.1) N. di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno		2	n. >= 3 questionari in un anno		10	
3.1.2	3.1.2 Attività di ispezione per la verifica delle condizioni igienico-sanitarie negli spazi del P.O.	(3.1.2) Numero di ispezioni/anno		n.8	>= 10		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO** AREA DI STAFF DI DIREZIONE SANITARIA  
**UOC/UOSD/UOSID** U.O.C. Farmacia  
**DIRETTORE/RESPONSABILE** Margiotta Giovanna  
**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Accuratezza e rispetto della tempistica di trasmissione del flusso CO, File F (Canale D,E,M ed X) flusso dei consumi dei Dispositivi Medici	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi			= 0 contestazioni		15	
2.1.3	2.1.3 Accuratezza e celerità nel carico delle bolle di farmaci e dispositivi medici nel sistema amministrativo contabile e benessere alla fatturazione	(2.1.3) Numero di registrazioni effettuate oltre i 10 gg (Differenza tra data acquisizione e data DDT)			<= 10% rispetto al totale		15	
2.2.1	2.2.1 Raccolta e registrazione delle schede di sospetta ADR e vaccinovigilanza	(2.2.1) Incremento attività di farmacovigilanza vs anno precedente			>= 5 % vs AP		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
2.2.2	2.2.2 Definizione del percorso per la rilevazione consumi farmaci malattie rare	(2.2.2) N.di percorsi protocollati			n.>=1		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA DI STAFF DI DIREZIONE SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.I.D. Outpatient e Liste di attesa

DIRETTORE/RESPONSABILE

Sorrentino Laura

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.1	2.1.1 Analisi e rimodulazione dell'offering ambulatoriale aziendale	(2.1.1) Relazione mensile dell'offering aziendale (analisi domanda/offerta)			3 relazioni		25	
2.1.2	2.1.2 Monitoraggio Liste di Attesa	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dai referenti regionali dei rispettivi flussi			0 contestazioni		25	
2.1.4	2.1.4 Programmazione mensile delle sedute operatorie di elezione	(2.1.4) Atto formale di programmazione mensile delle sedute operatorie			3 atti prodotti		25	
2.1.4	2.1.4 Programmazione mensile dell'attività di Preospedalizzazione	(2.1.4) Atto formale di programmazione mensile dell'attività di preospedalizzazione			3 atti prodotti		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile UO \_\_\_\_\_

Firma Direttore Dipartimento \_\_\_\_\_

Firma DS/DA/Coordinatore Area \_\_\_\_\_

Firma Direttore Generale \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO** AREA DI STAFF DI DIREZIONE SANITARIA  
**UOC/UOSD/UOSID** U.O.S.I.D. Rischio clinico  
**DIRETTORE/RESPONSABILE** Passaro Maria  
**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			Trasmissione al Responsabile sito Web entro in 31.12.23		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione sul sito aziendale del Piano Annuale Risk Management	(2.4.1) Aggiornamento annuale del PARM			Trasmissione PARM al Direttore Sanitario per atto Deliberativo e Pubb. sul sito Aziendale entro il 31.12.23		30	
2.4.1	Implementazione di piani di miglioramento della qualità e degli outcome assistenziali	Effettuazione di Audit Clinici			n.3/anno		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO **AREA STAFF SANITARIA**  
 UOC/UOSD/UOSID **UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO AZIENDALE**  
 DIRETTORE/RESPONSABILE **Rossi Virginia**  
 PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.2	n.>=3 attività documentate		25	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di strumenti di partecipazione del dipendente alla definizione di percorsi di tutorato per i neo-assunti	(2.3.2) N. rilevazione proposte			>= 2 schede		25	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		25	
3.1.2	3.1.2 Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale)	(3.1.2) Attivazione formale Corso sicurezza ai neoassunti con presa di servizio effettiva			100% neoassunti		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile UO \_\_\_\_\_

Firma Direttore Dipartimento \_\_\_\_\_

Firma DS/DA/Coordinatore Area \_\_\_\_\_

Firma Direttore Generale \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

AREA STAFF SANITARIA

UOC/UOSD/UOSID

UOC SERVIZIO TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE

DIRETTORE/RESPONSABILE

Coppeto Mario

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle procedure diagnostiche e riabilitative da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>= 2 attività documentate		30	
2.2.1	2.2.1 Implementazione procedure e percorsi	(2.2.1) N. di percorsi o procedure implementate			n. >= 1 percorso		15	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di strumenti di partecipazione del dipendente alla definizione di percorsi di tutorato per i neo-assunti	(2.3.2) N. rilevazione proposte			>= 2 schede		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.1.2	3.1.2 Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta dozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARSCOV 2 (misure di	(3.1.2) Attivazione formale Corso sicurezza ai neoassunti con presa di servizio effettiva			100% neoassunti		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

## **DIPARTIMENTO AREA CRITICA**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA**  
**U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia**  
**Di Toro Antonino**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Migliorare rafforzare la pratica clinica in merito alla comunicazione efficace rivolta ai genitori, mediante un sistema di rilevazione della qualità della comunicazione dei sanitari	(2.2.1) Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie su totale dimessi		65%	>= 80 %		10	
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			=0		40	
2.3.2	2.3.2 Implementare il recepimento delle raccomandazioni internazionali circa il contatto genitore-neonato anche mediante aumento del numero e durata degli accessi dei familiari in reparto	(2.3.2) Stesura e adozione procedura			entro il 30/04/2023		5	
2.3.2	2.3.2 Implementare il recepimento delle raccomandazioni internazionali circa il contatto genitore-neonato anche mediante aumento del numero e durata degli accessi dei familiari in reparto	(2.3.2) Monitoraggio semestrale procedura adottata			n.>= 2		5	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) Formalizzazione proposta percorsi di formazione " Care del prematuro e marsupioterapia"			n.>= 1		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) Definizione di un nuovo modello assistenziale per la gestione del dolore nel neonato			n.>= 1		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) % di richiesta e risposte di consulenza effettuate con procedura informatizzata			>=90%		5	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri in neonatologia		70%	> 90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA  
U.O.C. Terapia Intensiva Pediatrica  
Zito Marinosci Geremia

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Migliorare rafforzare la pratica clinica in merito alla comunicazione efficace rivolta ai genitori, mediante un sistema di rilevazione della qualità della comunicazione dei sanitari	(2.2.1) Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie su totale dimessi		65%	>= 80 %		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	n.>= 2 percorsi		20	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		1	n.>=2 attività documentate		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) % di richiesta e risposte di consulenza effettuate con procedura informatizzata			>=90%		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile UO \_\_\_\_\_

Firma Direttore Dipartimento \_\_\_\_\_

Firma DS/DA/Coordinatore Area \_\_\_\_\_

Firma Direttore Generale \_\_\_\_\_



**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA  
U.O.C. Anestesia e Centro di Medicina Iperbarica  
Infascelli Rosario Marco

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			= 0		20	
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1) Implementazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori			ESITO POSITIVO da relazione		25	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno			n.>=1		25	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.>= 2		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA  
U.O.S.D. Anestesia e Terapia Intensiva Pediatrica Pausilipon  
Agostino Cauteruccio

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			= 0 contestazioni		35	
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1) Implementazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori			ESITO POSITIVO da relazione		30	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno			n.>=1		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.S.D. Attività anestesiolgiche operatorie**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Aprea Gianfranco**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1)Implemetazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori in pre-ospedalizzazione			ESITO POSITIVO da relazione		25	
2.1.4	2.1.4 Rivisitazione protocollo aziendale di pre-ospedalizzazione	Definizione e realizzazione protocollo linee anesthesiologiche in attivit� di pre-ospedalizzazione			n.>= 1		25	
2.1.4	2.1.4 programmazione della turnistica anesthesiologica connessa alle sedute operatorie	Programma turno mensile			n.> = 12		25	
2.1.4	2.1.4 programmazione della turnistica anesthesiologica connessa alle attivit� di robotica e radio- terapia	Programma turno mensile			n.> = 12		25	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Ospedalizzazione Dom. e cure domiciliari complesse

DIRETTORE/RESPONSABILE

Dolcini Anna

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.>=1	n.>=2		40	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.3.2	2.3.2 Monitoraggio attività DH gestione multidisciplinare di paziente clinicamente complesso	(2.3.2) Compilazione scheda annuale di monitoraggio			n.>=1		40	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Centro di Rif. Reg. Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche

DIRETTORE/RESPONSABILE

Celentano Loredana

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione cartella e puntuale tempistica di trasmissione del flusso HOSPICE	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi sanitari			=0		40	
2.3.2	2.3.2 Monitoraggio semestrale attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno			n.>=2		40	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**DIPARTIMENTO PEDIATRIA GENERALE**

**E**

**D'URGENZA**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso e Terapia sub-intensiva**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Tipo Vincenzo**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Implementazione del nuovo flusso EMUR	(2.1.2) Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione sul flusso EMUR delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		> 95%	>98%		40	
2.2.2	2.2.2 Sviluppo attività Teleconsulto in emergenza urgenza	(2.2.2) Attivazione Servizio			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.1	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		1	n. >= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		2	n. >= 4		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

### OBIETTIVI ANNO 2023

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA**  
**U.O.C. Pediatria generale e Immuno-Reumatologia**  
**Martemucci Luigi**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		15	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		< 20%	<= 30 %		5	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Pediatria malattie croniche e multifattoriali**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Siani Paolo**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		15	
2.1.4	2.1.4 Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite vs 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		< 20%	<= 30 %		5	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
						<b>Totale</b>	<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

### OBIETTIVI ANNO 2023

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Genetica Medica

DIRETTORE/RESPONSABILE

De Brasi Daniele

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero diurno certificata mediante formale comunicazione ai familiari/caregivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro all'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		20	
2.2.1	2.2.1. Coinvolgimento della dirigenza medica afferente alla UO nell'attività di tutoraggio dei Dirigenti Medici	(2.2.1.) % su totale dei dirigenti coinvolti nelle attività di tutoraggio da atto formale		> 70%	> 90%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 2		10	
						<b>Totale</b>	<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.S.D. DH - Day Service Pediatrico e Pre-ospedaizzazione**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Petrone Emma**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero diurno certificata mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro all'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 2		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2022	(2.1.4) Riduzione % vs 2022		5%	> = 10 %		20	
2.1.4	2.1.4 Appropriatelyzza regime assistenziale	(2.1.4) % switch DH vs Day service		5%	> = 10 %		15	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering pre-ospedalizzazione	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Cardiologia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Di Nardo Giangiacomo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		15	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		20	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019		<=10%	<=20%		5	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel meseimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		5	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.S.D. Malattie metaboliche**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Carbone Maria Teresa**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 3		30	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		40	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero diurno certificata mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro all'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	>=90%		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

---

**Firma Direttore/Responsabile UO**

---

**Firma Direttore Dipartimento**

---

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

---

**Firma Direttore Generale**

---

## **DIPARTIMENTO SPECIALITA' PEDIATRICHE**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Gastroenterologia**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Mariano Caldore**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.1	2.1.1 Adesione ai piani aziendali di riassetto organizzativo dell'offerta assistenziale	(2.1.1) Attivazione struttura per espletamento di attività gastroenterologiche in emergenza con correlata attività endoscopica specialistica			ESITO POSITIVO da relazione Dir.Sanitaria		20	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.2.1	2.2.1. Coinvolgimento della dirigenza medica afferente alla UO nell'attività di tutoraggio dei Dirigenti Medici	(2.2.1.) % su totale dei dirigenti coinvolti nelle attività di tutoraggio da atto formale		> 70%	> 90%		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		15	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		>=2	>=4		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

## OBIETTIVI ANNO 2023

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Centro Trapianti Rene-Nefrologia Pediatrica e Dialisi**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Malgieri Gabriele**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n. >= 3		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



### OBIETTIVI ANNO 2023

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Pneumologia, UTSIR e Riabilitazione Respiratoria

DIRETTORE/RESPONSABILE

Vuillemier Pierluigi

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH medici vs 2022	(2.1.4) Riduzione % vs 2022	439	20%	> = 30 %		20	
2.1.4	2.1.4 Riduzione dei ricoveri per DH diagnostici vs 2022	(2.1.4) Riduzione % vs 2022	183	20%	> = 30 %		20	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 95%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) % di richiesta e risposte di consulenza effettuate con procedura informatizzata			>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

### OBIETTIVI ANNO 2023

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Endocrinologia e Auxologia

DIRETTORE/RESPONSABILE

Klain Antonella

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		20	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2022	(2.1.4) Riduzione % vs 2022		20%	> = 30 %		5	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' PEDIATRICHE**  
**U.O.S.I.D. Centro regionale pediatrico di nutrizione clinica NAD e dietetica**  
**Cecchi Nicola**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.2.1	2.2.1 Prevenzione del rischio di errore nella prescrizione, delle terapie parenterali	(2.2.1) Implementazione di una reportistica annuale sul n° di sacche enterale e parenterali prescritte per U.O. e di una check list di controllo delle sacche parenterali secondo le Raccomandazioni Ministeriale n.1, 7 e 12			n.1 report		30	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	n.>= 2 percorsi		30	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		1	n.>= 2 pubblicazioni		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

# **DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID

DIRETTORE/RESPONSABILE

PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

U.O.C. Chirurgia Pediatrica e Day-Surgery

De Luca Ugo

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			=0		15	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		1	>= 3		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		20	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		> 95%	>98%		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA  
U.O.C. Chirurgia Pediatrica, Neonatale e d'Urgenza  
Gaglione Giovanni

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Rispetto della programmazione delle ore aggiuntive per sedute operatorie	(2.1.4) N. contestazioni			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa			= 0		10	
2.1.4	2.1.4.13 Definizione percorso distribuzione interventi maggiori tra i Dirigenti Medici della UO	Trasmissione formale			15-mag-23		10	
2.1.4	2.1.4.14 Adozione percorso distribuzione interventi maggiori	N.contestazioni ricevute			=0		10	
2.1.4	2.1.4.15 Definizione percorso per la copertura dei turni di PS da parte delle UO	Trasmissione formale			15-apr-23		10	
2.1.4	2.1.4.16 Adozione percorso per copertura turni di PS da parte delle UO	N.contestazioni ricevute			=0		10	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N.>=2		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		5	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
						<b>Totale</b>	<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile UO \_\_\_\_\_

Firma Direttore Dipartimento \_\_\_\_\_

Firma DS/DA/Coordinatore Area \_\_\_\_\_

Firma Direttore Generale \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA  
U.O.C. Urologia Pediatrica  
Di Iorio Giovanni

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO-PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100	29,54%	<= 33%	<= 25%		10	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N. 2		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		1	>2		5	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		5	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		5	
2.1.4	2.1.4.13 Definizione percorso distribuzione interventi maggiori tra i Dirigenti Medici della UO	Trasmissione formale			15-mag-23		10	
2.1.4	2.1.4.14 Adozione percorso distribuzione interventi maggiori	N.contestazioni ricevute			=0		5	
2.1.4	2.1.4.15 Definizione percorso per la copertura dei turni di PS da parte delle UO	Trasmissione formale			15-apr-23		10	
2.1.4	2.1.4.16 Adozione percorso per copertura turni di PS da parte delle UO	N.contestazioni ricevute			=0		5	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA**  
**U.O.S.D. Chirurgia ad indirizzo oncologico**  
**Pirisi Pietro**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100	13,11%		<= 25		15	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N.>2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro relazione		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) % Degenza media preoperatoria		<= 1,4	<= 1,4		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		5	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.1.4	2.1.4.13 Definizione percorso distribuzione interventi maggiori tra i Dirigenti Medici della UO	Trasmissione formale			15-mag-23		10	
2.1.4	2.1.4.14 Adozione percorso distribuzione interventi maggiori	N.contestazioni ricevute			=0		10	
						<b>Totale</b>	<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA  
U.O.S.D. Chirurgia Plastica e Centro Ped.Regionale Ustioni  
Zamparelli Marcello

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.1	2.1.1 Assolvimento adempimenti e attività connesse ai complessi operatori	(2.1.1) Rispetto tempi di attesa massimi interventi			>= 90% del totale interventi sindattilia		10	
2.1.1	2.1.1 Assolvimento adempimenti e attività connesse ai complessi operatori	(2.1.1) Rispetto tempi di attesa massimi interventi			>= 90% del totale interventi palatoschisi		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) Definizione protocollo di ricerca su cute bio-ingegnerizzata			Protocollo effettuato entro fine anno		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		5	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98% su totale registrazioni		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1 pubblicazioni	n.>= 3 pubblicazioni		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.1.4	2.1.4.13 Definizione percorso distribuzione interventi maggiori tra i Dirigenti Medici della UO	Trasmissione formale			15-mag-23		10	
2.1.4	2.1.4.14 Adozione percorso distribuzione interventi maggiori	N.contestazioni ricevute			=0		10	
2.1.4	2.1.4.15 Definizione percorso per la copertura dei turni di PS da parte delle UO	Trasmissione formale			15-apr-23		10	
2.1.4	2.1.4.16 Adozione percorso per copertura turni di PS da parte delle UO	N.contestazioni ricevute			=0		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**DIPARTIMENTO DELLE  
SPECIALITA' CHIRURGICHE**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE  
U.O.C. Otorinolaringoiatria e Centro di Rif. Reg. Impianti Cocleari  
Della Volpe Antonio

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) % Degenza media preoperatoria	0,07%	<= 1,4	<= 1,4		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa			=0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100	14,56%		<= 25%		10	
2.2.1	2.2.1 Prevenzione dell'errore in area clinica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N. 1	N. 3		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		< 10%	<= 3%		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE**  
**U.O.C. Ortopedia e Traumatologia**  
**Guida Pasquale**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100	12,49%		<=25%		10	
2.1.4	2.1.4 Mantenimento livelli della complessità della casistica trattata	(2.1.4) N. interventi per scoliosi nell' anno		N.20	N.24		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		20	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		< 10%	<= 3%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		>1	>=3		10	
						<b>Totale</b>	<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE  
U.O.C. Oculistica e Centro di Riferimento Regionale per la Retinopatia del Pretermine  
Picardi Ciro

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO-PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso SDO	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) Degenza media preoperatoria	0,01%	<= 1,4	<= 1,4		10	
2.1.4	2.1.4 % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	(2.1.4) N.ric. Med. Su tot x100		<=25%	<=25%		10	
2.2.1	2.2.1 prevenzione dell'errore in area critica	(2.2.1) N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss		N.1	N.2		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		5	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		< 10%	<= 3%		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		>1	>=2		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Odontoiatria

DIRETTORE/RESPONSABILE

Marraudino Carmela

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa			= 0		70	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "		>= 80%	>= 90%		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**DIPARTIMENTO DI  
ONCOLOGIA,EMATOLOGIA  
E  
TERAPIE CELLULARI**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C. Oncoematologia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Menna Giuseppe

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione ricoveri a rischio di inapproprietezza - ARI (DRG LEA e DRG in autocontrollo) VS 2019	(2.1.4) Riduzione percentuale rapporto ARI/NON ARI 2022 vs 2019		5%	>=10%		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n. 1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Oncologia Pediatrica**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Abate Massimo Eraldo**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n. 1	n.>= 2		15	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione DPO		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**  
**DIRETTORE/RESPONSABILE**  
**PERIODO VALUTAZIONE**

**DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI**  
**U.O.C. Trapianto di Cellule Ematopoietiche e Terapie Cellulari**  
**Tambaro Francesco Paolo**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.3	2.1.3 raggiungimento/rinnovo accreditamenti nazionali/internazionali per attività trapiantologica e terapie cellulari	(2.1.3) Documentazione delle attività sviluppate. Certificazioni			ESITO POSITIVO da relazione		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		5	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		15	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		20	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. BASCO, Manipolazione Cellulare e Immunogenetica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Penta De Vera D'Aragona Roberta

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Approprietezza del regime assistenziale	(2.1.4) Incremento rapporto Unità Sangue di cordone Uunità raccolte e n.prestazioni altà specialità per strutture esterne		1%	>= 2 %		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/mplementati/aggiornati per mantenimento/incremento di accreditamenti di eccellenzainternazionali (EFI, Jacie) e ISO 9001-2015		n.1	n.>= 2		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Mantenimento dei processi di accettazione lavorazione prodotto, rilascio CSE per l'attività di trapianto e terapia cellulare. Refertazione con firma digitale;			ESITO POSITIVO da Resp.Flussi		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. DH - Day Service Oncologico

DIRETTORE/RESPONSABILE

Parasole Rosanna

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Corretta compilazione SDO e puntuale tempistica di trasmissione del flusso SDO	(2.1.2) n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi sanitari			=0		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.3.2	2.3.2 Implementazione di attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	(2.3.2) Documentazione delle attività sviluppate durante l'anno		n.1	n.>=2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		20	
2.3.2	2.3.2.4 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di DH certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers al I accesso di DH	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Medicina Trasfusionale

DIRETTORE/RESPONSABILE

Mascio Maria Vittoria

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Correttezza, completezza e e rispetto della tempistica in materia di compilazione/e trasmissione flussi informativi amministrativo-gestionali e sanitari di competenza	(2.1.2) Trasmissione Flussi informativi			= 0 contestazioni		25	
2.1.3	2.1.3 Raggiungimento/rinnovo accreditamenti regionali/nazionali/iso9001-2015 secondo linee guida GMP e GPG	(2.1.3) Documentazione delle attività sviluppate.Certificazioni			ESITO POSITIVO da relazione		15	
2.1.3	2.1.3 Raggiungimento/rinnovo accreditamenti regionali/nazionali/iso9001-2015 secondo linee guida GMP e GPG	(2.1.3) Accreditamenti CNT-JACIE			ESITO POSITIVO da relazione		15	
2.2.2	2.2.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività (n. PDTA redatti/aggiornati, collaborazioni interaziendali, partecipazione a reti assistenziali, telemedicina e accreditamenti)	(2.2.2) Programmazione delle prenotazioni dei donatori di emocomponenti mediante chiamata diretta		n.300	> = n.400		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	> =n.3		25	
3.1.2	3.1.2 Assolvimento adempimenti, monitoraggio e rendicontazione attività	(3.1.2) Programma di formazione del personale afferente la UO mediante calendarizzazione della formazione			ESITO POSITIVO da relazione		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.S.D. Neuro Oncologia**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Quaglietta Lucia**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n. 1	>= 3		15	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		15	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		15	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) % di richiesta e risposte di consulenza effettuate con procedura informatizzata			>=90%		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

**Firma Direttore/Responsabile UO**

**Firma Direttore Dipartimento**

**Firma DS/DA/Coordinatore Area**

**Firma Direttore Generale**

**DIPARTIMENTO DI**  
**NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.C Neurochirurgia Pediatrica

DIRETTORE/RESPONSABILE

Giuseppe Cinalli

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			=0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	(2.1.4) Degenza media preoperatoria	1,2		<=1,4		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.3	n.>= 5		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0 contestazioni		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	<b>xxx</b>

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale



**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE  
U.O.C.Neurologia e neuroriabilitazione  
Varone Antonio

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.2.1	2.2.1 Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute	(2.2.1) N. pazienti eleggibili valutati nella UO per il rischio caduta nell'anno solare/n. pazienti ricoverati nella medesima UO (RO+DH) nel mesesimo arco temporale * 100		85%	>= 90%		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>= 3		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		95%	>98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		70%	> 90%		10	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

**DIPARTIMENTO**  
**UOC/UOSD/UOSID**

**DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**U.O.C Neuroradiologia**

**PERIODO VALUTAZIONE**

**Covelli Eugenio**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Definizione tempistica tra esecuzione esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			n.>=1		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) Creazione protocolli di RM Fast per patologie del sistema nervoso centrale ( minore 10 min)			n.1		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>= 3		15	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata e/o Procedura PS			ESITO POSITIVO da Resp.Flussi		15	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

### OBIETTIVI ANNO 2023

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Malattie Neuro-endocrine e Centro Obesità

DIRETTORE/RESPONSABILE

Licenziati Maria Rosaria

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		10	
2.1.4	2.1.4 Riduzione accessi di DH diagnostici rispetto al 2019	(2.1.4) Riduzione % vs 2019	83	>5%	>=10%		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.>= 1	n.>= 2		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 4 ( uno per categoria)		10	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.4.1	2.4.1 Ricoveri di elezione da Lista d' Attesa informatizzata	(2.4.1)Attestazione del referente aziendale dell'avvenuta registrazione in lista d'attesa per ricoveri di elezione delle diagnosi e procedure mediante classificazione ICD-9		> 95%	>98%		20	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile

DIRETTORE/RESPONSABILE

Grimaldi Giampina

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			= 0		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 3 (di cui 2 pubbl.indicizzate )		15	
2.1.4	2.1.4 Adozione del contratto di efficientamento offering ambulatoriale	(2.1.4) Numero di contestazione ricevuti dal Resp.Liste d'Attesa / Incremento %			= 0		10	
2.3.2	2.3.2 Elaborazione Lettera di Dimissione Informatizzata	(2.3.2) % delle Lettere di Dimissione Informatizzate sul totale dei ricoveri		> 95%	>=98%		10	
2.2.1	2.2.1. Individuazione di un tutor clinico per ciascun paziente ricoverato in regime di ricovero ordinario certificata in cartella clinica mediante formale comunicazione ai familiari/cargivers all'atto della dimissione	(2.2.1.) Riscontro in cartella clinica dell'atto formale di individuazione tutor clinico - % esiti positivi su totale dei ricoveri		> 70%	> 90%		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Neuroriabilitazione, Riabilitazione intensiva e ortopedia funzionale

DIRETTORE/RESPONSABILE

Monorchio Paolo

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 2		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		20	
2.1.2	2.1.2 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	(2.1.2) n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO			=0		25	
3.1.1	Creazione di gruppo di valutazione multidisciplinare per inquadramento pre operatorio e follow up di pazienti affetti spasticità	(3.1.1) Tracciabilità formale frequenza quindicinale		n.2	>= 5		20	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura			n.1		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. NCH funzionale

DIRETTORE/RESPONSABILE

Ruggiero Claudio

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		15	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 2		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		15	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	(2.2.2) N. di percorsi di diagnosi e cura		n.1	n.>= 2		15	
3.1.1	Creazione di gruppo di valutazione multidisciplinare per inquadramento pre operatorio e follow up di pazienti affetti spasticità	(3.1.1) Tracciabilità formale frequenza quindicinale		n.2	>= 5		20	
2.1.4	2.1.4 Mantenimento livelli della complessità della casistica trattata	Sedute operatorie dedicate alla Nch funzionale			>= n.25		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	<b>xxx</b>

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Chirurgia cranio maxillo facciale

DIRETTORE/RESPONSABILE

Aliberti Ferdinando

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.>= 1	n.>= 2		15	
2.3.2	2.3.2 Adozione procedura informatizzata per attuazione consulenza	(2.3.2) Attestazione avvenuta adozione da referente sistemi informatici		>=80%	>=90%		15	
3.1.1	Creazione di gruppo di valutazione multidisciplinare per inquadramento pre operatorio e follow up di pazienti affetti spasticità	(3.1.1) Tracciabilità formale frequenza quindicinale		n.2	>= 5		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	Coordinamento delle procedure sanitarie relative al PNRR-MR1-2022-12376512			ESITO POSITIVO da relazione		20	
2.1.4	2.1.4 Mantenimento livelli della complessità della casistica trattata	Sedute operatorie dedicate alla chirurgia cranio maxillo facciale			>= n.25		10	
2.2.2	2.2.2 Partecipazione attiva all'elaborazione/ implementazione/aggiornamento di percorsi di diagnosi e cura anche correlati ai percorsi COVID	Redazione PDTA per inquadramento clinico e trattamento chirurgico della patologia malformativa cranio facciale			n.1		10	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

## **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI**

Schede di assegnazione degli obiettivi operativi alle UU.OO.  
Centro di Responsabilità per l'anno 2023



### OBIETTIVI ANNO 2023

**DIPARTIMENTO**

**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI**

**UOC/UOSD/UOSID**

**U.O.C. Anatomia Patologica**

**DIRETTORE/RESPONSABILE**

**Donofrio Vittoria**

**PERIODO VALUTAZIONE**

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione			n.>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		10	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		20	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>= 3		30	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione	(3.2.1) Verifica del Resp, Aziendale Sist. Informativi della completa integrazione con Cartella clinica Informatizzata e/o Procedura PS			ESITO POSITIVO da Resp.Flussi		20	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

**DATA ASSEGNAZIONE**

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID

DIRETTORE/RESPONSABILE

PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

U.O.C. Patologia Clinica

Leone Ornella

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		30	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da relazione		10	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica;	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n. >=2		10	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		70 % totale referti 2023	90 % totale referti 2023		40	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID  
DIRETTORE/RESPONSABILE  
PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI  
U.O.C. Diagnostica per Immagini  
Zeccolini Massimo

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di attesa per tipologia di prestazione			>=1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		20	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: comunicati inerenti attività ed iniziative dell'AORN di particolare rilevanza/impatto mediatico-comunicativo	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		10	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da Relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	>= 3 pubblicazioni		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		70 % totale referti 2023	90 % totale referti 2023		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO  
UOC/UOSD/UOSID

DIRETTORE/RESPONSABILE

PERIODO VALUTAZIONE

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

U.O.S.D. Diagnostica per Immagini Pausilipon

Rossi Eugenio

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		15	
2.4.1	2.4.1 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: Linee di attività dell'U.O., composizione Team, C.V. dirigenti e dichiarazione di incompatibilità di incarichi	(2.4.1) Pubblicazione su sito aziendale			ESITO POSITIVO da Resp.Sito Web		15	
2.4.2	2.4.2 Predisposizione/aggiornamento registro trattamento dati da verifica ufficio trattamento dati/DPO	(2.4.2) Compilazione " Scheda di verifica trattamento dati "			ESITO POSITIVO da riscontro relazione		20	
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.2	n.>= 4		20	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		70 % totale referti 2023	90 % totale referti 2023		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale

**OBIETTIVI ANNO 2023**

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

UOC/UOSD/UOSID

U.O.S.D. Diagnostica per Immagini in Emergenza Urgenza

DIRETTORE/RESPONSABILE

Esposito Francesco

PERIODO VALUTAZIONE

CODICE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO AP	SOGLIA	TARGET	RISULTATO CONSEGUITO	PESO=PUNT. MAX ATTRIBUIBILE	PUNTEGGIO CONSEGUITO
3.1.1	3.1.1 Pianificazione e realizzazione di progetti ed eventi formativi/ progetti di ricerca sanitaria /studi clinici; produzione scientifica; progettazione e implementazione di modelli assistenziali innovativi	(3.1.1) N. di pubblicazioni indicizzate/progetti di ricerca e formazione/studi clinici/modelli assistenziali innovativi		n.1	n.>=3		40	
3.2.1	3.2.1 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	(3.2.1) Invio al Fascicolo Sanitario Elettronico Referti		70 % totale referti 2023	90 % totale referti 2023		30	
2.1.4	2.1.4 Ridefinizione tempistica tra richiesta esami e refertazione sia in emergenza che in elezione	(2.1.4) Definizione di un protocollo dei tempi massimi di refertazione per tipologia di prestazione			>= 1 protocollo trasmesso alla Dir.Sanitaria		30	
<b>Totale</b>							<b>100</b>	

DATA ASSEGNAZIONE

Firma Direttore/Responsabile UO

Firma Direttore Dipartimento

Firma DS/DA/Coordinatore Area

Firma Direttore Generale