

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO	
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE	1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9	1		
	14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1		
	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1		
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%		
	4_AOU	% di utilizzo percorso preospedalizzazione per interventi programmati	90% pz	1		
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%		
	DG_2018_9	Utilizzo % (SISPAC)		1		
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget		Compreso fra -5% e -2%	
	I INAP C	% ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio inapproprietezza	% incremento minimo come da Schede di		>=87%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget		<= 30%	
	I_DEGPREO	Degenza media pre-operatoria	2		<1,4	
	ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget		>=39%	
	ICM	Indice di case-mix (peso medio ricovero)	Riduzione del 5% valore 2018		Aumento dello 0,5% valore 2018 (mantenimento)	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18		<1,10	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP			Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella			1	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%		1	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione (ricoveri programmati)			0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali			<2017	
	TE_10	% di errori di codifica			<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da			Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1		3	
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani:	< anno precedente		tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente		0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget				
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente		tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente		0	
DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget					
1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9		1		
14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge			1		
2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO ( in presenza di programma attivo)	0,9		1		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	4_AOU	% di utilizzo percorso preospedalizzazione per interventi programmati	90% pz	1	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%	
	DG_2018_9	Utilizzo % (SISPAC)		1	
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I INAP C	% ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio inappropriately	% incremento minimo come da Schede di	>=87%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inappropriately all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	I_DEGPREO	Degenza media pre-operatoria	2	<1,4	
	ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget	>=39%	
	ICM	Indice di case-mix	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	IN_11	% di dimessi ord da reparti chirurgici con drg medico	% decremento minimo come da Schede di	<= 20%	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP (indicatore colecistectomia...)		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0		
DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0		
DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget				
1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9	1		
14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1		
2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1		
3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%		
4_AOU	% di supporto percorso preospedalizzazione per interventi programmati	90% pz	1		
5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%		
AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti				
AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master				

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	AD_04	Partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali	1	2	
	DG_2018_9	Utilizzo % (SISPAC)		1	
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I INAP C	% ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio inapproprietezza	% incremento minimo come da Schede di	>=87%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	I_DEGPREO	Degenza media pre-operatoria	2	<1,4	
	ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget	>=39%	
	ICM	Indice di case-mix	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18	<1,10	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
	IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018	
	IN_11	% di dimessi ord da reparti chirurgici con drg medico	% decremento minimo come da Schede di	<= 20%	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	PC_01	Percentuale di risposte inviate nei tempi richiesti	1	1	
	PN_01	% di Audit effettuati		1	
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione		0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali		<2017	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5	0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori			
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1		
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
	UM_01	% questionari somministrati/utenti		0,05	
	UM_01	Partecipazione Rete RAS coordinamento trapianti prelievo organi	10	20	
1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9	1		
14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1		
2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1		
2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze MODULAB	0,9	1		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO FARMACO E DIAGNOSTICA	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite A cup ENTRO FINE ANNO PREVIA ATTIVAZIONE AGENDE	>=70%	>=70%	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	4_AOU	% di utilizzo percorso preospedalizzazione per interventi programmati	90% pz	1	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo sowe	95%	100%	
	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor seguono tesisti		>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e specializzazione		>=100%	
	AD_04	Attività di ricerca e cooperazione internazionale	1	2	
	AD_04	n° Progetti ECM	1	2	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati ed espletati	2	3	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati entro dicembre 2019 all'ufficio formazione per il piano 2020	1	2	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati per "formazione sul campo"	1	2	
	DG_2018_9	Utilizzo % (SISPAC)		1	
	DIAGN_1	Abbattimento tempi di attesa pazienti ricoverati , erogazione prestazione e consegna referto (TC-RM-RX-ECO) mantenimento	48 h	72 h	
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I INAP C	% ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio inapproprietezza	% incremento minimo come da Schede di	>=87%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	I_DEGPREO	Degenza media pre-operatoria	2	<1,4	
	ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget	>=39%	
	ICM	Indice di case-mix	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18	<1,10	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
	IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018	
	IN_11	% di dimessi ord da reparti chirurgici con drg medico	% decremento minimo come da Schede di	<= 20%	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	MICRO_1	Predisposizione atti accreditamento laboratorio con la collaborazione del Servizio Qualità e Risk Management			
	MICRO_2	Accorpamento laboratori batteriologia	80%	90%	
	PN_01	% di Audit effettuati		1	
	PN_01	% di Audit effettuati (organizzativi)		1	
	PN_01	% di Audit effettuati con altre UU.OO / Risk management e /o interni	1	2	
	RISK1	Audit di seconda parte per il conferimento di plasma		1	
RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1		
TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_01	% PDTA elaborati ( ANGIOEDEMA EREDITARIO) con PS	0,8	1	
	TE_01	% PDTA elaborati (melanoma e mieloma)	0,8	1	
	TE_01	% PDTA elaborati (MELANOMA-SMAC-SLOC ETC)	0,8	1	
	TE_01	Attivazione Comitato buon uso del sangue per stesura linee	0,8	1	
	TE_01	Predisposizione protocollo operativo corrette procedure prelievi venosi per pz UU.OO. Aziendali entro 31/12/2019	0,8	1	
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle prestazioni erogate		0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali		<2017	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5	0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori			
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1	
	UM_07	Disponibilità h.24 urgenze (meningiti)	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_07	Predisposizione e attivazione servizio di accettazione			
	UM_08	Incremento ore apertura servizio agli utenti	8	9	
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
	UM_01	% questionari somministrati/utenti		0,05	
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			
	1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9	1	
	14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1	
	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%	
	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti		>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master		>=100%	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati per "formazione sul campo"	1	2	

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO MEDICO	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	EC_04	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	ICM	Indice di case-mix	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,19	<1,11	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
	IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018	
	IN_05	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,10	
	IN_06	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2019	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	IN_19	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	MAL_INF	Aggiornamento protocollo ebola ed esercitazioni pratiche	95%	100%	
	MAL_INF 2	Sottoscrizione convenzioni con ATS (SERD-carcere)	1	2	
	PN_01	% di Audit effettuati		1	
	PN_02	% di Audit effettuati		1	
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1	
	RISK2	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TA_07	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_02	% PDTA elaborati	0,10	1	
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione		0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali		<2017	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	TE_26	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5	0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori				
UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1		
DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza _segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1		
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
	UM_01	% questionari somministrati/utenti		0,05	
SCIENZE TESTA - COLLO	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza _segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			
	14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1	
	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	4_AOU	% di utilizzo percorso preospedalizzazione per interventi programmati	90% pz	1	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%	
	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti		>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master		>=100%	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati per "formazione sul campo"	1	2	
	DG_2018_9	Utilizzo % (SISPAC)		1	
	DIDAT	Formazione specializzandi e tesi di laurea in neurologia			
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I INAP C	% ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio inapproprietezza	% incremento minimo come da Schede di	>=87%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	I_DEGPREO	Degenza media pre-operatoria	2	<1,4	
ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget	>=39%		
ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget	>=39%		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO NEUR	ICM	Peso medio	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18	<1,10	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
	IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018	
	IN_11	% di dimessi ord da reparti chirurgici con drg medico	% decremento minimo come da Schede di	<= 20%	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	PC_01	Percentuale di risposte inviate nei tempi richiesti	1	1	
	PN_01	% di Audit effettuati		1	
	RICERC	Ricerca: miglioramento strumenti diagnostici e terapeutici patologie neurologiche Progetti e/o Pubblicazioni	2	3	
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1	
	STR01	Incremento Trombectomia rispetto anno precedente		> 5%	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione		0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali		<2017	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5	0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori			
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1		
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
UM_01	% questionari somministrati/utenti		0,05		
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			
	1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo (ordinari)	0,9	1	
	14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1	
	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	4_AOU	% di utilizzo percorso preospedalizzazione per interventi programmati	90% pz	1	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%	

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti		>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master		100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master		>=100%	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati per "formazione sul campo"	1	2	
	ANAT_01	Definizione rapporti di committenza con ATS per screening oncologici			
	AP01	Mantenimento tempi di refertazione			
	DG_2018_9	Utilizzo % (SISPAC)			
	DIDAT	Progetto di didattica: meeting interdisciplinari clinico-patologici			
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I INAP C	% ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio inappropriatelyzza	% incremento minimo come da Schede di	>=87%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	I_DEGPREO	Degenza media pre-operatoria	2	<1,4	
	ICHIRTT	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	% incremento minimo come da Schede di Budget	>=39%	
	ICM	Indice di case-mix	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18	<1,10	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
	IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018	
	IN_11	% di dimessi ord da reparti chirurgici con drg medico	% decremento minimo come da Schede di	<= 20%	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	NUCL_1	Tavoli interdisciplinari oncologia		potenziamento	
	NUCL_2	Refertazione esami PET/TC pz ricoverati		entro 2 gg	
	PC_01	Percentuale di risposte inviate nei tempi richiesti	1	1	
	PN_01	% di Audit effettuati		1	
	RADIOT_1	Rinnovo convenzione AOU/ATS Brachiterapia prostatica			
	RADIOT_2	Partecipazione al tavolo tecnico regionale Radioterapia			
	RICER	Progetto di ricerca: approfondimenti clinico-patologici sulla patologia oncologica			
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1		
TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%		
TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione		0,9		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione (MOC E PET)		0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali		<2017	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_02	Predisposizione e trasmissione proposta nuova Convenzione con AIL	> rispetto al dato storico		
	UM_03	Progetti di Ricerca			
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori			
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1	
	UM_07	Servizio aperto nei sabati e nelle giornate prefestive	36	45	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1		
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
UM_01	% questionari somministrati/utenti		0,05		
MEDICHE E DELLA RIABILITAZIONE	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza _segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			
	1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9	1	
	14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1	
	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9	1	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%	
	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti		>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master		>=100%	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati	1	2	
	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inappropriatazza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	ICM	Indice di case-mix (REGIME ORDINARIO)	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18	<1,10	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO	
DIPARTIMENTO SPECIALITÀ M	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP		
	PC_01	Percentuale di risposte inviate nei tempi richiesti	1	1		
	PN_01	% di Audit effettuati		1		
	RICERC	Progetto ricerca Toss epatica MTX		>=100%		
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1		
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1		
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1		
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%		1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione II semestre 2019			0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali			<2017	
	TE_10	% di errori di codifica			<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da			Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico			
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5		0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1		3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori				
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8		1	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg		6 ore al gg	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1			
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica			1	
UM_01	% questionari somministrati/utenti			0,05		
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente		tendente a 0	
	DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza _segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente		0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget				
	1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9		1	
	14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge			1	
	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO	0,9		1	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%		>=70%	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%		100%	
	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti			>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master	30		60	
	AD_04	Progetti ECM correttamente presentati e svolti	1		2	

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO TUTELA DELLE FRAGILITÀ	EC_03	Decremento percentuale dei costi della produzione rispetto all'anno precedente	Riduzione dato storico come da Budget	Compreso fra -5% e -2%	
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	ICM	Indice di case-mix	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	ICP	Indice comparativo di performance	1,18	<1,10	
	IN_03	Tasso di occupazione dei posti letto	qa	0,9	
	IN_04	Intervallo di Turn Over (gg intervallo tra ricoveri) gg	% decremento minimo come da Schede di	<= 2018	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	NEUROINF_1	Progetto dedicato epilessia e progetto servizio riabilitazione neuromotoria	1	2	
	PC_01	Percentuale di risposte inviate nei tempi richiesti	1	1	
	PN_01	% di Audit effettuati		1	
	PSI_1	% Cessazione TSO entro 7 gg	40%	50%	
	PSI_1	Disponibilità supporto U.O. Rianimazione prelievi d'organo			
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella		1	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_01	Partecipazione ai PDTA melanoma e SMAC	0,8	1	
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione		0,9	
	TE_09	% di errori logico-formali		<2017	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5	0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori			
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1	
	UM_07	N° ore apertura Servizio	6	8	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1		
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		1	
	UM_01	% questionari somministrati/utenti		0,05	
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
DIR_2	Ottimizzazione servizio ambulanze trasporti interni (tempo di presa in carico dei pz inviati in consulenza _segnalazioni anomalie alla Direzione medica di Presidio)	< anno precedente	0		
DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget				
1_AOU	% SDO chiuse entro il 25 del mese successivo	0,9	1		
14_AOU	Rispetto scadenze adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione secondo normativa di legge		1		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA BAMBINO	2_AOU	Tasso utilizzo modulo consulenze GALILEO (ove attivo)	0,9	1	
	3_AOU	% Prime visite ambulatoriali inserite nel CUP	>=70%	>=70%	
	5_AOU	Tasso utilizzo modulo soweb	95%	100%	
	AD_01	Numero di professionisti AOU (non docenti universitari) che prestano attività di tutor (tesi di laurea e di specializzazione; tirocinio clinico) seguono tesisti /specializzanti/tirocinanti		>=100%	
	AD_02	Numero di crediti/ore di didattica universitaria erogati da dipendenti AOU (non docenti universitari) in corsi di laurea, di laurea magistrale e master		>=100%	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati ed effettuati	1	2	
	AD_04	n° Progetti ECM correttamente presentati per "formazione sul campo"	1	2	
	GEM_01	Ulteriore razionalizzazione logistica ambulatori			
	I RIC INAPPR	Ricoveri in regime ordinario per DRG ad alto rischio di inapproprietezza all B patto salute	% decremento minimo come da Schede di Budget	<= 30%	
	ICM	Peso medio DRG	Riduzione del 5% valore 2018	Aumento dello 0,5% valore 2018	
	IN_18	Miglioramento degli indicatori PNE con mantenimento/miglioramento area TREEMAP		Nessun peggioramento di colore area TREEMAP	
	PC_01	Percentuale di risposte inviate nei tempi richiesti	1	1	
	PN_01	% di Audit effettuati su audit richiesti		1	
	RISK1	Percentuale di Audit per eventi gravi/sentinella su audit		1	
	TA_06	% di scarichi a paziente di farmaci ad alto costo	100%	1	
	TE_01	% PDTA elaborati	0,8	1	
	TE_04	1) % record trasmessi entro i termini 2) % errori	1. >=95%. 2. <=5%	1. 100% ; 2. <5%	
	TE_08	Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione		0,9	
	TE_10	% di errori di codifica		<2017	
	TE_25	Invio verbale riunione condivisione obiettivi sottoscritto da		Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_02	N° convenzioni con associazioni di utenti/cittadini	> rispetto al dato storico		
	UM_03	N° questionari somministrati/utenti UUOO-Servizi	0,5	0,8	
	UM_04	N° aggiornamenti scheda informativa struttura per Carta dei Servizi	1	3	
	UM_05	N° standard di qualità dei servizi definiti, con relativi indicatori			
	UM_06	% indicatori di qualità con rispetto degli standard	0,8	1	
	UM_07	N° ore aggiuntive giornaliera di apertura reparto per visite	2 ore al gg	6 ore al gg	
	UM_08	N° protocolli operativi basati su LG per il trattamento del dolore	almeno 1		
	UM_09	% consensi informati, correttamente formulati, verificati in cart. Clinica		100	
	UM_01	% questionari somministrati/utenti (su questionari consegnati dal Servizio Qualità e Risk Management)		0,05	
	CS_I	Predisposizione atti per accreditamenti (documento contesto e procedure gestionali)	80%	100%	
DG_2019_8	Adesione progetto dell'OMS "Save lives clean your hands" relazione analitica miglioramento (organizzazione giornata mondiale igiene delle mani)	1	1		

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
	I_DG	Razionalizzazione tempi di isolamento paziente KPC * comunicazione telefonica dell'esito sospetto da isolare in attesa di conferma	90%	100%	
	IGIE01	Attivazione monitoraggio CRAL reparti degenza entro il 31/12/2019	1	1	
	IGIE02	Screening tubercolinico studenti facoltà di Medicina	300	400	
	IGIE03	Miglioramento processi organizzativi area ambulatoriale: riduzione ICA (stesura protocollo reprocessing duodenoscopi con U.O. di gastroenterologia)	1	1	
	IGIE04	Rendicontazione caratterizzazione molecolare microrganismi	80%	100%	
	IGIE05	Rendicontazione attività di screening prevenzione cervicocarcinoma (percentuale risposte fornite entro 72 h)	80%	100%	
	IGIE06	Monitoraggio cartelle cliniche: verifica presenza positività alert nella lettera di dimissione o altro documento di trasferimento	>80%	>95%	
	IGIE07	Monitoraggio rischio idrico reparti critici	12	24	

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
AREA FUNZIONI DI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	IGIE08	Campagna vaccinale antinfluenzale	1	1	
	TE_25	Coinvolgimento del personale nel percorso performance (Delibera n. 282 dell'11/04/2018)		Verbale -Adozione schede individuali	
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			
	22_AOU	Adempimenti connessi alla partecipazione del tavolo gestori		1	
	CUP_1	Adempimenti connessi alla corretta liquidazione in LP			
	CUP_2	Riduzione percentuale delle rinunce delle prenotazioni			
	CUP_3	Monitoraggio infrannuale delle prestazioni specialistiche con confronto attività istituzionale e relativo invio in RAS			
	CUP_4	Monitoraggio attività call center ALPI			
	CUP_5	Trasparenza informazioni LP sul sito aziendale			
	CUP_6	Gestione giuridico-economica del processo di liquidazione LP			
	CUP_7	Governo liste e tempi d'attesa			
	DGR 3/21	Dimensione della gestione liste d'attesa			
	PC_01	Rispetto dei tempi di risposta al Responsabile anticorruzione	1	1	
	AOU	Ottimizzazione servizi utenti interni-supporto UU.OO. - dati di at	95	100	
	DGR 3/21_150119	Adesione progetto dell'OMS "Save lives clean your hands"	1	1	
	DGR 3/21_150119	Invio nei termini File A	10 gg	7 gg	
	DGR 3/21_150119	Invio nei termini File C	7gg	1 gg	
	DMP_1	Ottimizzazione servizi agli utenti-diminuzione tempi di attesa	7gg	1 gg	
	DMP_2	Sorveglianza e monitoraggio delle infezioni ospedaliere	95	100	
	DMP_3	Coordinamento UU.OO-risoluzione di conflitti		95	100
	DMP_4	Partecipazione commissioni accertamento morte -prelievo di org	330 gg	365 gg	
	UM_03	Umanizzazione dell'assistenza sorveglianza del servizio ristorazione degenti	95	100	
	UM_04	Aggiornamento Carta dei Servizi	30 gg	10 gg	
	AD_03	Incrementare l'offerta formativa ECM per tutti i professionisti sanitari		100%	
	DG_2018_9	Applicazione di strumento del rischio clinico nell'area chirurgica (SISPAC) interventi in elezione		1	
	PC_01	Rispetto dei tempi di risposta al Responsabile anticorruzione		1	
	RISK1	Audit per eventi gravi/sentinella	1	1	
	TE_25	Coinvolgimento del personale nel percorso performance (relazione)	Entro 20 gg	Adozione ed invio documento nei tempi previsti	
	UM_03	Somministrazione questionari customer satisfaction	1	2	
	UM_04	Aggiornamento Carta dei Servizi.	80% UU.OO.	100% UU.OO.	
UM_05	Definire standard di qualità dei servizi con relativi indicatori				
DI DIREZIONE	CS_1	Predisposizione scheda U.O. per carta servizi			
	DIDAT	Docenza master per dirigenti aziendali e congressi			
	MEDLEG01	Attività di tossicologia in supporto al medico competente			
	MEDLEG02	Supporto al Dipartimento Medico per pazienti di difficile dimissione			
	MEDLEG03	Consulenze alla U.O. di traumatologia e ortopedia per interventi chirurgici in pazienti testimoni di geova			

DIPARTIMENTO	COD I	Indicatore	VMC	TARGET	PESO
AREA STAFF	ML_1	Documento scheda consenso informato			
	ML_2	Comitato valutazione sinistri			
	TE_25	Coinvolgimento del personale nel percorso performance (Delibera n. 282 dell'11/04/2018)			
	DIR_1	Ottimizzazione raccolta rifiuti speciali e assimilabili agli urbani: < anomalie	< anno precedente	tendente a 0	
	DIR_3	Gestione emergenza COVID-19 - come da scheda di budget			