



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 658 del 27/12/2024

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2025 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

Copia informatica , tratta, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 4/bis ed all'art. 23 del D.Lgs 82/2005, dal documento informatico sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Amministrazione in conformità al D.Lgs. 82/2005 (C.A.D.) identificato con HASH, indicato/i in calce, dell'atto in oggetto e dei suoi allegati.

RIFERIMENTI INFORMATICI:

- DEL_2034351.pdf.p7m

BE7724E01FAFFF6A4820DC02CA492C6B1D98ABB4A487FF723026C1FF8C8CFD2FC9596ACD05193F31D9CB9
6F0B742C1A54B366C683E7F49C93BA0D779EA75360C

- OBIETTIVI 2025.pdf.p7m

BC4D29F1A7772DFB1283E50F23E442E49BC2D1586E2000092D39FDF2481C059D1DD370490DE0CCD79A4B
8D9DE887712F96CC1E0B21D24F5435FF89EE8971C6AF

- PTECN_DEL_2034351.pdf.p7m

857707AAA1F99A5ADE68040A8C63B0FB1D701B23153BCF1B2F0B1B29B143B05FA642F55F447DC086F0B855
5ACD24F6BF4FE51A65E66C56B4D88F88F7A8DD5757

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2025 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

Struttura proponente: S.C. Risorse Umane

Il Responsabile del Procedimento
ex artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Dott. CANOVA CRISTIANO

Il Direttore
della struttura proponente

Dott.ssa RINAUDO ANTONELLA

Registrazione contabile

Anno	Autorizzazione/sub	Conto	Importo
Struttura titolare della spesa			
Dott.			

PARERE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO (ex D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.)

	Il Direttore Sanitario Dr. SALVATORE DI GIOIA (Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)
--	--

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Davide Minniti

- Vista la D.G.R. n. 27-8058/2023/XI del 29/12/2023 con la quale il sottoscritto è stato nominato Direttore Generale di quest'Azienda;
- richiamata la deliberazione n. 455 del 18/09/2024 con la quale sono state accettate le dimissioni del Direttore Amministrativo;
- visti le seguenti disposizioni normative riferite alla materia in trattazione:
 - l'art. 5 del D.Lgs 150/09, il quale stabilisce che il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa;
 - l'art. 10 del suddetto decreto che dispone che ogni Azienda debba predisporre annualmente il Piano della Performance, documento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
 - l'art. 6 del D.L. n. 80/21, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, che ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), inteso come documento unico di programmazione finalizzato ad assorbire anche il Piano della Performance;
- dato atto che, nelle more dell'emanazione della D.G.R. relativa all'assegnazione degli obiettivi regionali anno 2025, la Direzione Aziendale intende assegnare per il detto anno, alle articolazioni aziendali, gli obiettivi considerati prioritari secondo le consolidate indicazioni regionali;
- dato atto altresì che i suddetti obiettivi sono stati presentati, discussi e condivisi con il Collegio di Direzione e con i Direttori ed i Dirigenti Responsabili delle Strutture Aziendali;
- dato atto che gli stessi obiettivi saranno condivisi con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nel primo incontro del 2025, ad avvenuto insediamento del Presidente;
- ritenuto pertanto di procedere all'assegnazione alle articolazioni aziendali, per l'anno 2025, degli obiettivi aziendali declinati negli allegati prospetti, precisando che gli stessi saranno inseriti, quale Piano della Performance, nella relativa sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025-2027, da adottarsi entro il 31.01.2025;
- rilevato che il presente provvedimento viene proposto dal Direttore della S.C. Risorse Umane, che lo sottoscrive;
- considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa e la legittimità del contenuto della stessa;
- acquisito il parere espresso dal Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3, comma 1 - quinquies del D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i e omesso il parere del Direttore Amministrativo per vacanza dell'Ufficio;

per quanto sopra considerato e ritenuto

DELIBERA

1. di adottare il Piano della Performance anno 2025, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che sarà inserito nella relativa sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025-2027, da adottarsi entro il 31.01.2025;
2. di assegnare pertanto, per l'anno 2025, ai Direttori/Dirigenti Responsabili ed al personale di tutte le Strutture dell'Azienda nonché agli specialisti ambulatoriali ed al personale amministrativo e tecnico afferente ai dipartimenti universitari, gli obiettivi con i relativi pesi ed indicatori, elencati nelle tabelle dell'*Allegato n. 1)* del presente atto;
3. di dare atto che, presupposto per il raggiungimento degli obiettivi - con riconoscimento del relativo trattamento di risultato/produttività - da parte dei Direttori/Dirigenti Responsabili sarà la condivisione degli stessi con il relativo personale;
4. di precisare che tali obiettivi saranno modificati/integrati, con successivo provvedimento, alla luce di quelli regionali definiti con la relativa DGR;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
6. di dare atto che le informazioni relative al presente provvedimento, così come disciplinate dalla normativa vigente, verranno pubblicate sul sito internet aziendale, nell'ambito dei dati della sezione "*Amministrazione Trasparente - Performance - Piano della Performance*";
7. di pubblicare il presente provvedimento, per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi Gonzaga;
8. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 L.R.10/95, trattandosi di obiettivi assegnati a decorrere dal 01.01.2025.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. DAVIDE MINNITI

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Allegato n. 1: Piano della Performance - Obiettivi 2025

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	2	OB_REG21	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	20	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	3	SIC_SO-8	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	revisione procedura prevenzione e gestione cadute dei pazienti entro 31/12/2025	presenza procedura revisionata	SI	30	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	4	SIC_SO-9	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Corretta compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria: audit per Dip. Chirurgico stratificato per strutture su corretta compilazione checklist	presenza verbali audit	SI	50	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	5	EF_ORG-1	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24	Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2025 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII	SI	15		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	6	MON-3	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO"	Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni	SI	10		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	7	MON-5	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio dell'andamento della produzione "near real time" in collaborazione con S.S. Pianificazione Strategica e Governance	Presenza su ABACO del sistema di monitoraggio "near real time"	SI	15		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	8	MON-6	MONITORAGGIO	Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2025 (riferito ai dati 01/01/25 - 30/09/25)	SI	25	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	9	MON-11	MONITORAGGIO	Pubblicazione report economico dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura sulla Intranet Aziendale e via email	Evidenza pubblicazione e invio entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	SI	20	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	10	MON-12	MONITORAGGIO	Redazione scheda di budget per ogni struttura	Presenza di una scheda di budget mensile per Direzione Strategica e singole Strutture Dipartimentali	SI	15		Area Organizzativa
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	11	APP-17	APPROPRIATEZZA	Monitoraggio semestrale di almeno 2 PDTA aziendali secondo gli indicatori previsti	evidenza documentale	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	12	APP-31	APPROPRIATEZZA	Supervisione dell'elaborazione di protocolli aziendali per la gestione del dolore in collaborazione con S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	n° protocolli	≥ 2	10		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	13	MON-1	MONITORAGGIO	Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2024 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo).	Monitoraggio mensile, audit strutture coinvolte e report finale in collaborazione con CdG	SI	40	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	14	BOARD-2	TEMPO DI BOARDING	Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)	Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento	SI	25	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	15	SIC_SO-1	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Aggiornamento DVR per CLI	Pubblicazione del documento nella Cartella DVR Condivisa	SI	40		Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	16	SIC_SO-2	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Definizione di procedura per la Gestione delle Aggressioni in Ospedale e monitoraggio applicazione	A) pubblicazione su intranet della procedura (entro 30/06/2025) B) evidenza documentale	A) SI B) SI	50		Area Organizzativa
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	17	TRASP-2	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica.	Evidenza documentale	10		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	18	EF_ORG-25	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio automatico degli obiettivi di Performance delle Strutture (entro 30/04/2025)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	19	EF_ORG-32	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Piano obiettivi 2026	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 31/10/2025 della proposta iniziale per gli obiettivi 2026	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	20	EF_ORG-36	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Proposta alla Direzione Strategica di un piano di sviluppo delle linee produttive aziendali (entro 30/03/2025)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21	MON-4	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio dell'andamento della produzione "near real time" in collaborazione con S.S. Controllo di Gestione	Presenza su ABACO del sistema di monitoraggio "near real time"	SI	25		Area Organizzativa
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	22	COM-1	AREA COMUNICAZIONE	Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste con evidenza tempistica pubblicazioni e correzione/eliminazione dei dati/informazioni pubblicate non aggiornati	100%	25	evidenza con Report trimestrale	Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	23	COM-3	AREA COMUNICAZIONE	Migliorare l'efficacia dei rapporti con le Associazioni di volontariato, per l'aspetto comunicativo.	Partecipazione alle riunioni annue programmate della Conferenza Aziendale di Partecipazione e relativa verbalizzazione.	SI	25		Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	24	COM-4	AREA COMUNICAZIONE	Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	SI	25	valenza documentale	Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	25	COM-5	AREA COMUNICAZIONE	Predisposizione proposta del Piano di Comunicazione 2025-2026	evidenza documentale	SI	25		Area Comunicazione
2	2-1	Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	26	EF_ORG-3	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC	Percorsi attivati/percorsi richiesti	≥ 95%	60		Area Organizzativa
2	2-1	Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	27	EF_ORG-19	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere	100%	40		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	28	APP-11	APPROPRIATEZZA	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) N° Incontri con associazione malati B) N° incontri del Coordinamento verbalizzati	A) ≥ 3 B) ≥ 4	10		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	29	EF_ORG-15	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	20		Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	30	EF_ORG-31	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio e Revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° di Agende con saturazione posti ≥ 85% / n° totale Agende	≥ 85 %	10	nel conteggio si considerano sia le Agende pubbliche sia le Agende esclusive	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	31	CUP-1	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	32	GOV-1	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma	A) Data consegna Cronoprogramma B) evidenza documentale	A) 28/02/2025 B) SI	15		
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	33	FSE-2	IMPLEMENTAZIONE FSE	Monitoraggio e governo del conferimento dei documenti clinico sanitari nel FSE nei target percentuali regionali.	Rispetto dei target percentuali regionali per il conferimento in FSE della Lettera di dimissioni e dei referti ambulatoriali (non RIS e LIS)	100%	10		Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	34	DIP_20	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	20	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	35	APP-7	APPROPRIATEZZA	Collaborazione al progetto aziendale cartella informatizzata Ellipse per la parte della prescrizione farmacologica e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva	creazione "pacchetti di terapia"	SI	15		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	36	EF_COST-1	EFFICIENTAMENTO COSTI	Collaborazione alla Implementazioni di nuovi sistemi di tracciabilità dei dispositivi medici/protesi	evidenza documentale	SI	15	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	37	EF_COST-38	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa dispositivi medici/protesi	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa dispositivi medici/protesi	≥ 4	20		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	38	EF_COST-39	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa farmaci	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti	≥ 5	20		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	39	EF_COST-40	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	40	Si applica solo al Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	40	EF_ORG-5	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attività propedeutica alla transizione al nuovo AMCO regionale entro il 31/12/2025	evidenza documentale	SI	16	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	41	EF_ORG-40	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito:a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	60	Si applica solo al Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	42	OB_REG1	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	43	APP-1	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert	report annuale	1	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	44	APP-2	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici	n° report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici	3	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	45	APP-18	APPROPRIATEZZA	Partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	N° interventi di chirurgia protesi anca e vescica verificati / tot N° interventi di chirurgia protesi anca e vescica	≥ 50%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	46	ICA-1	ICA	Programmazione e coordinamento corsi ICA	verbali incontri e relazione	≥ 3	20		Area Organizzativa
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	47	ICA-4	ICA	Programmazione e coordinamento Commissione Infezioni Correlate all'Assistenza CICA	verbali incontri e relazione	≥ 2	20		Area Organizzativa
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	48	ICA-2	ICA	Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infetti con germi MDR (Multi Drug Resistent)	N° audit effettuati nelle strutture di degenza a seguito di alert dei microrganismi multiresistenti	≥ 50	50	evidemza attraverso produzione di verbali	Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	49	ICA-3	ICA	Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	N° strutture sanitarie in cui è stato effettuato almeno 1 audit sull'applicazione delle procedure / n° totale delle strutture sanitarie	100%	50		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	50	APP-5	APPROPRIATEZZA	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	Raccolta delle non conformità e effettuazione audit presso i reparti coinvolti nelle non-conformità	SI	22		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	51	APP-23	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale dell'attività per i pazienti arruolati anno 2025 B) Incontri con associazione malati	A) n° report B) n° incontri l'anno	A) 4 B) ≥ 3	12	ripartizione peso: A) 6 B) 6	Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	52	APP-26	APPROPRIATEZZA	Promozione e partecipazione al progetto:"Estensione Patient Blood Management (PBM)a pazienti chirurgici/oncologici	Numero di pazienti candidabili valutati anno 2025 per avvio a percorso PBM/ numero di pazienti con interventi in elezione candidabili al percorso PBM anno 2025	≥ 2%	26		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	53	EF_COST-3	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20		Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	54	PROD-1	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	55	COM-2	AREA COMUNICAZIONE	Predisposizione proposta alla Direzione Aziendale di aggiornamento "Regolamento gestione reclami" e "Regolamento Sala Convegni e Spazio Espositivo" entro il 30/06/2025	A) evidenza documentale aggiornamento "Regolamento gestione reclami" entro 30/06/2025 B) evidenza documentale aggiornamento "Regolamento Sala Convegni e Spazio Espositivo" entro 30/06/2025	A) SI B) SI	40	ripartizione peso: A) 20 B) 20	Area Comunicazione
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	56	EF_ORG-21	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	n° casi gestiti entro i tempi previsti / totale casi gestiti	100%	50		Area Comunicazione
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	57	TRASP-4	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione.	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	58	CRED-1	CIRCULARIZZAZIONE E RECUPERO CREDITI	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2024 e ante	A) Report crediti 2024 e ante. B) Evidenza note di circolarizzazione 2024 e ante C) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospeso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2024 e ante, per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR.	SI	30		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	59	EF_COST-2	EFFICIENTAMENTO COSTI	Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.	A) Provvedimento di assegnazione budget di spesa B) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari C) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	SI	30		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	60	EF_ORG-47	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione e non oltre 60 giorni dalla fattura)	Indice di tempestività di pagamento	<0	30	Report SC Gestione Economico Finanziaria	Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	61	TRASP-5	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	62	EF_COST-41	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	63	EF_COST-44	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	25		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	64	EF_ORG-20	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" PNRR, come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	SI	20		Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	65	EF_ORG-41	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	25	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	66	TRASP-6	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	67	EF_COST- 45	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi compatibili con le necessità dell'Organizzazione	4	40		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	68	EF_ORG-4	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente	A) Progettazione e sviluppo piattaforma digitale(entro 30/06/2025) B) n° assunti anno 2025 don FPD digitalizzato /n° totale assunti nell'anno 2025	A) SI B) 100%	25		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	69	EF_ORG-14	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	100%	25		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	70	TRASP-3	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	71	EF_ORG-42	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	20	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	72	FORM-1	FORMAZIONE	Attivazione Piano formativo 2025	A) n° corsi attivati /n° totale corsi previsti (inclusi i corsi extra-piano) B) realizzazione Corso di Formazione aziendale PNRR "Rafforzamento delle competenze digitali" (secondo indicazioni regionali)	A) ≥ 75% B) SI	40	ripartizione peso: A) 20 B) 20	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	73	FORM-5	FORMAZIONE	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare	100%	30		Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	74	TRASP-13	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	75	EF_ORG-43	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	40	Si applica a Amministrativi Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	76	FORM-3	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMPO di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti elaborati	3	40	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	77	FORM-4	FORMAZIONE	Incremento numero tirocinanti presso le degenze e i servizi dell'AOU S. Luigi	(N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025 - N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2024) / N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2024	≥ 20%	40	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	78	FORM-6	FORMAZIONE	Elaborazione dei piani standard dell'attività tutoriale, al fine di agevolare l'inserimento dei nuovi tutor professionali	costruzione dei piani standard relativi ad almeno 10 attività tutoriali consuete, a campione su un anno di corso.	≥ 10	20	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	79	SORV-2	SORVEGLIANZA SANITARIA	Programmazione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso .Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio.	N° studenti CLI e TRP - I anno di corso accertati prima dell'inizio del tirocinio / totale studenti CLI e TRP - I anno di corso	100%	40	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	80	TRASP-7	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	20	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	81	EF_COST- 42	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	82	EF_COST- 46	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	15		Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	83	ED-1	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione interventi di edilizia sanitaria (in particolare in ambito antincendio)	rispetto del cronoprogramma Regionale (o in sua assenza rispetto del Cronoprogramma definito dalla Direzione Aziendale)	100%	25		Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	84	ED-2	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione Piano Aziendale Manutenzioni Ordinarie	n° interventi effettuati / totale n° interventi programmati con la Direzione Aziendale	≥ 85%	10	gli interventi saranno preventivamente pesati con la Direzione Aziendale per standardizzarne l'impegno	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	85	ED-3	INTERVENTI EDILIZIA	Sistemazione archivio ex "Stabulario" con smaltimento materiale ivi depositato (in coordinamento con S.S. Affari Generali e Legali)	Smaltimento materiale e sistemazione archivio ex "Stabulario" e progettazione totale ristrutturazione entro il 31/12/2025	SI	30		Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	86	TRASP-8	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	87	CRED-2	CIRCULARIZZAZION E E RECUPERO CREDITI	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie con attivazione procedure di recupero coattivo	Attivazione procedure di recupero coattivo: pratiche trasmesse da SS AAAS	100%	30		Area Gestione Spesa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	88	EF_ORG-48	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Sistemazione archivio ex "Stabulario" e Coordinamento smaltimento documenti ivi depositati (in coordinamento con S.C. Tecnico e Teconologie)	A) Invio di formale comunicazione alle strutture per gli adempimenti di competenza" entro il 15/02/2025, con eventuale sollecito entro il 31/03/2025; B) Gestione delle richieste di smaltimento ed eventuali richieste di riallocazione spazi nei locali "ex autorimessa" assegnati alla scrivente struttura" entro il 31/05/2025	A) SI B) SI	30	ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	89	MON-9	MONITORAGGIO	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale B) differenza tra spesa 2025 e valore accontonato nel fondo rischio C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi	A) SI B) Spesa 2025 ≤ valore accontonato nel fondo rischio C) 100% sinistri	30	ripartizione peso: A) 10 B) 10 C) 10	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	90	TRASP-9	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	91	EF_COST- 47	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	20		Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	92	EF_ORG-44	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	10	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	93	FSE-1	IMPLEMENTAZIONE FSE	Aggiornamento Applicativi nel rispetto del Cronoprogramma Regionale e integrazione cartelle cliniche con applicazione Web del FSE	rispetto del Cronoprogramma Regionale	SI	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	94	MON-2	MONITORAGGIO	Gestione e monitoraggio Transizione Digitale	attivazione Cabina di Regia mensile e reportistica trimestrale avanzamento Transizione Digitale	100%	25		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	95	PNRR-1	PNRR	PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello.	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR e rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	100%	20		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	96	SIC_SO-3	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Installazione telecamere esterne	rispetto cronoprogramma Installazione nuove telecamere in aree esterne concordato con Direzione Generale	100%	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	97	TRASP-10	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	5		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	98	EF_COST- 43	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	99	EF_COST- 48	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	30		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	100	MON-10	MONITORAGGIO	Monitoraggio contratto di gestione apparecchiature elettromedicali anche in relazione al rinnovo contrattuale SCR	report semestrali	2	20		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	101	PNRR-2	PNRR	Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	SI	30		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	102	TRASP-11	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	103	CRED-3	CIRCULARIZZAZION E E RECUPERO CREDITI	Traasmissione a Direzione Strategica e applicazione del Cronoprogramma anno 2025 per il recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	N° crediti con procedura recupero attivata/N° crediti programmati da recuperare	100%	30		Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	104	EF_ORG-8	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con DMPO nel monitoraggio e revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° report relativi alla manutenzione delle Agende in collaborazione con DMPO	≥ 6	20		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	105	EF_ORG-45	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	10	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	106	CUP-25	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate (in collaborazione con DMPO)	n° relazioni con monitoraggio disallineamento tra Flusso CUP e Flusso C e identificazione criticità	≥ 6	10		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	107	TRASP-1	TRASPARENZA	applicazione nuovo regolamento libera professione	A) Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza	SI	25		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	108	TRASP-12	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	5		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	109	DIP_1	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	110	DIP_32	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	111	DIP_2	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30		Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	112	DIP_33	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	113	DIP_3	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30		Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	114	DIP_34	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	115	APP-15	APPROPRIATEZZA	Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito	SI	50	si applica a : Prericovero	Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	116	EF_ORG-9	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con Strutture del Dipartimento Chirurgico alla riduzione dello StartTime Tardiness	n° check list quotidiane con Sala Operatoria pronta per inizio intervento / tot n° check list quotidiane	≥90%	40	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	117	EF_ORG-18	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	formazione personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri e OSS formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS da formare	≥90%	15	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	118	EF_ORG-22	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC	A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali	A) 100% B) 100%	30	si applica a : Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC) Ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	119	EF_ORG-26	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Inserimento personale infermieristico e di supporto	n. Infermieri e OSS inseriti/n. Infermieri ed OSS formati	≥80%	15	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	120	EF_ORG-28	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	50	si applica a : Chirurgia Generale ORL Week Surgery Ortopedia Chirurgia Toracica Urologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	121	EF_ORG-35	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione in collaborazione con la componente medica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025	evidenza documentale	SI	50	si applica a : Rianimazione	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	122	MON_SUP- 2	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50	si applica a : DH Urologia Terapia Antalgica Ambulatorio Proctologia Prericovero Centrale di sterilizzazione	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	123	MON_SUP- 3	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	30	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	124	MON_SUP- 4	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	20	si applica a : Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	125	AMB-2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	50	si applica a : D.H. Urologia Terapia Antalgica Ambulatorio. Proctologia	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	126	SIC_SO-6	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi	≥90%	50	si applica a : Centrale sterilizzazione	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	127	APP-12	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20	si applica a : Pronto Soccorso	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	128	EF_ORG-12	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Completamento processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati/operatori inamovibili.	Report mensile che evidenzia riunioni formative e assistenza operativa all'utilizzo dell'applicativo	12/anno	50	si applica a : Nutrizione clinica e Dietologa	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	129	EF_ORG-23	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC	A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali	A) 100% B) 100%	30	si applica a : Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC) Ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	130	EF_ORG-29	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	50	si applica a : Med. Interna a indirizzo ematologico Geriatria Med. Urgenza Oncologia Medica Medicina Interna Nefrologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	131	EF_ORG-37	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.	(tempo medio di recupero dei materiali anno 2025 - tempo medio di recupero dei materiali anno 2023) /tempo medio di recupero dei materiali anno 2023	<20%	50	si applica a : Anatomia Patologica	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	132	MON_SUP- 5	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50	si applica a : DH Oncologia Medica/Polmonare Anatomia Patologica Radiologia Ambulatorio Diabetologia DH Internistico Microcitemie DH Ematologico Nefrologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	133	MON_SUP- 7	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	20	si applica a : Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	134	MON_SUP- 6	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	40	si applica a : Pronto Soccorso	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	135	AMB-3	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	50	si applica a : Microcitemie DH Ematologia DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internista Radiologia Nutrizione clinica e Dietologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	136	SIC_SO-5	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Promuovere un sistema di relazioni efficaci al fine di ridurre il fenomeno delle aggressioni, attraverso Focus group mirati con analisi di casi critici reali o potenziali	report/anno di focus group (x operatore) con partecipazione a rotazione di almeno il 90% del personale afferente	≥ 2	40	si applica a : Pronto Soccorso	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	137	APP-3	APPROPRIATEZZA	Applicazione della procedura, in condivisione con SC Neurologia, per l'attività di aferesi nei pazienti con diagnosi neurologiche	Produzione di almeno 3 verbali di audit/anno con le strutture interessate e reportistica sugli interventi eseguiti a seguito degli Audit	SI	50	si applica a : Servizio Trasfusionale	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	138	EF_ORG-7	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	50	si applica a : DH Cresm Amb. Neurologia Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	139	EF_ORG-24	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC	A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali	A) 100% B) 100%	30	si applica a : Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC) Ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	140	EF_ORG-30	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	50	si applica a : Cardiologia Pneumologia MFNR Psichiatria Neurologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	141	MON_SUP- 8	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	20	si applica a : Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	142	MON_SUP- 9	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50	si applica a : DH Cresm Amb.Neurologia Centro Endoscopia Amb. FPR Trasfusionale Emodinamica Amb/DH MFR Lab.Analisi	Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	143	EF_ORG-10	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con Strutture del Dipartimento Chirurgico alla riduzione dello StartTime Tardiness	n° check list quotidiane con Sala Operatoria pronta per inizio intervento / tot n° check list quotidiane	≥90%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	144	EF_ORG-11	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con la S.S.D. Sale Operatorie nell'efficiamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	10		Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	145	EF_ORG-13	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	Report del processo di monitoraggio del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto	evidenza documentale	20		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	146	FORM-2	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con Coordinatori/tutor di S.C. Risorse Umane-Corsi Laurea Professioni Sanitarie e DMPO di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti elaborati	3	20		Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	147	GOV-1	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma	A) Data consegna Cronoprogramma B) evidenza documentale	A) 28/02/2025 B) SI	10		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	148	MON-7	MONITORAGGIO	Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.	Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto	12 rilevazioni/anno	20		Area Organizzativa
5	5-5	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	149	MON_SUP- 1	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50		Area Organizzativa
5	5-5	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	150	SIC_SO-7	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi	≥90%	50		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	151	APP-8	APPROPRIATEZZA	Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva	Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi / totale pazientidimessi dal reparto	≤1,5%	14		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	152	APP-27	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	18		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	153	EF_COST-4	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	154	EF_ORG-34	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione in collaborazione con la componente infermieristica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025	evidenza documentale	SI	10		Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	155	DIP_21	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	156	OB_REG2	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	157	PROD-2	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	14	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	158	EF_COST-5	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	159	CUP-2	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	14	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	160	DIP_22	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	161	OB_REG3	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	162	AMB-4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	163	PROD-3	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	164	CH-1	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	16	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	165	CM-1	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio DRG chirurgico 2024	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	166	EF_COST-6	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	167	DIP_23	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	168	OB_REG4	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	169	PROD-4	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	170	CH-2	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	20	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	171	CM-2	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio DRG chirurgico 2024	≥ 100%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	172	EF_COST-7	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	173	CUP-3	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	174	DIP_24	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	175	PROD-5	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	176	CH-3	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	16	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	177	EF_COST-8	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	178	CUP-4	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	179	DIP_25	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	180	OB_REG5	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181	AMB-5	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	20	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	182	PROD-6	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	183	APP-28	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	18		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	184	EF_COST-9	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	14	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	185	DIP_26	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	186	OB_REG6	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	187	AMB-6	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	188	PROD-7	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	189	CH-4	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	190	EF_COST- 10	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	191	CUP-5	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	192	DIP_27	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	193	OB_REG7	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	194	AMB-7	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	13	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	195	PROD-8	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	196	CH-5	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	197	EF_COST- 11	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	198	CUP-6	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	199	DIP_28	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	200	OB_REG8	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	201	AMB-8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	14	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	202	PROD-9	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	203	CH-6	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	204	EF_ORG-17	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento Tasso di Occupazione, attraverso anche pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager	Tasso di occupazione posti letto 2025	≥ 85%	50		Area Organizzativa
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	205	EF_ORG-38	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Riorganizzazione ed efficientamento del servizio di Prericovero	Stesura e attuazione del progetto	evidenza documentale	25		Area Organizzativa
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	206	EF_ORG-50	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Stesura Regolamento Utilizzo e Funzionamento della Week Surgery	Stesura del Regolamento	evidenza documentale	25		Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	207	EF_ORG-6	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione percorsi interni	attuazione dei percorsi Lean applicati al Percorso Chirurgico individuati nel 2024	evidenza documentale	35	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	208	EF_ORG-27	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Lean blocchi operatori	Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 2 nuovi indicatori evidenziati nel percorso Lean ulteriori rispetto agli indicatori individuati nel 2024	evidenza documentale	40		Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	209	DIP_29	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	25	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	210	APP-14	APPROPRIATEZZA	Elaborazione di protocolli aziendali per la gestione del dolore in collaborazione con S.S. Qualità	n° protocolli	≥ 2	20		
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	211	EF_COST- 12	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	212	EF_ORG-33	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione e rispetto turnistica anestesiológica presso CLOSER	report	Evidenza documentale turnistica	15		Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	213	CUP-7	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	11	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	214	DIP_30	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	215	PROD-10	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	216	APP-29	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	217	EF_ORG-16	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento de'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	30	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	218	DIP_31	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START- TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	30	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	219	CH-7	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	VIENE CONSIDERATO IL VALORE DIPARTIMENTALE TOTALE . Criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	220	EF_COST- 13	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	18	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	221	CUP-8	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	222	DIP_4	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	223	OB_REG9	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	224	AMB-9	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	225	PROD-11	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione	produzione 2025	≥2023	18	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	226	SCR-1	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	esami eseguiti/ esami ricevuti	100%	10		Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	227	APP-24	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	228	EF_COST- 14	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	229	CUP-9	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	16	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	230	OB_REG10	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	231	PROD-12	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 3%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	232	PROD-35	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	233	EF_COST- 15	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	234	CUP-10	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	235	DIP_5	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	236	OB_REG11	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	237	PROD-13	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	238	PROD-36	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	≥ 150	30		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	239	EF_COST-16	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	240	CUP-11	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	241	OB_REG12	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	242	AMB-10	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	9	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	243	PROD-14	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	244	PROD-37	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	245	APP-25	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Scleroderma. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	246	APP-30	APPROPRIATEZZA	Proposta progetto di presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica diversa da Scleroderma	evidenza documentale	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	247	EF_COST- 17	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	248	OB_REG13	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-1	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	249	EF_ORG-52	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	flussi C analisi genetiche/flussi C5 analisi genetiche	100%	60	relazione della S.S. ICT	Area Organizzativa
7	7-1	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	250	PROD-38	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	40		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	251	EF_COST- 18	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	252	CUP-12	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	25	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	253	PROD-15	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	produzione 2025 - produzione 2024	≥300.000 €	50	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	254	APP-16	APPROPRIATEZZA	Miglioramento nell'appropriatezza delle richieste dell'esame PROCALCITONINA	(tot esami PCT richiesti 2025/ tot pz presenti 2025) / (tot esami PCT richiesti 2024/ tot pz presenti 2024)	< 1	20		Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	255	EF_COST- 19	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	256	CUP-13	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	257	OB_REG14	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	258	PROD-16	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	259	BOARD-3	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	14	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	260	APP-13	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente infermieristica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	261	EF_COST- 20	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	13	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	262	EF_ORG-2	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione e monitoraggio del piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	report trimestrale	4	20		Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	263	OB_REG15	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	264	PROD-34	PRODUZIONE	Incremento del valore dell'indice di Rotazione	Indice rotazione 2025	> del dato 2024	13	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	265	BOARD-1	TEMPO DI BOARDING	Contenimento proporzione ricoveri da P.S.	ricoveri ospedalieri da PS 2025/totale accessi PS 2025	≤ al dato 2024	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	266	EF_COST- 21	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	40	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni	Area Gestione Spesa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	267	PROD-41	PRODUZIONE	mantenimento volumi attività rispetto al 2024	volumi produzione 2025	≥ al dato 2024	35	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	268	SCR-2	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	esami eseguiti/ esami ricevuti	100%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	269	EF_COST- 22	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	270	CUP-14	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	271	DIP_6	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	272	OB_REG16	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	273	AMB-11	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	274	PROD-17	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	275	BOARD-4	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	276	EF_COST- 23	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	277	CUP-15	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	278	DIP_7	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	279	OB_REG17	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	280	PROD-18	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	21	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	281	BOARD-5	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	282	EF_COST- 24	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	283	CUP-16	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	284	DIP_8	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	285	OB_REG18	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	286	AMB-12	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	287	PROD-19	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	288	BOARD-6	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	289	APP-6	APPROPRIATEZZA	Audit di appropriatezza prescrittiva esami degli accertamenti radiodiagnostici	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.	4	15		e al netto delle Convenzioni
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	290	EF_COST- 25	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati al netto delle variazioni del Nomenclatore Tariffario	Area Gestione Spesa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	291	CUP-17	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	292	DIP_9	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	293	OB_REG19	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	294	AMB-13	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	295	PROD-20	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	296	EF_COST- 26	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	297	CUP-18	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	22	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	298	DIP_10	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	299	OB_REG20	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	300	PROD-21	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	301	PROD-39	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	20		Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	302	EF_COST- 27	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	303	EF_ORG-49	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Stesura di un progetto volto ad estendere l'attività su 6 giorni settimanali entro il primo semestre 2025	relazione	SI	25	relazione DMPO	Area Organizzativa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	304	CUP-19	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	305	PROD-22	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	produzione 2025 - produzione 2024	≥700.000 €	35	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	306	EF_COST- 28	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	307	DIP_11	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	20	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	308	OB_REG21	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	309	PROD-40	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	310	PROD-42	PRODUZIONE	mantenimento volumi attività rispetto al 2024	volumi produzione 2025	≥ al dato 2024	16	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	311	EF_COST- 29	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	312	CUP-20	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	313	DIP_12	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	314	OB_REG22	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	315	AMB-14	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	316	PROD-23	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	317	BOARD-7	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	318	EF_COST- 30	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	319	EF_ORG-39	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Riprogettazione dei flussi routine-urgenza- emergenza finalizzata alla ottimizzazione dei processi critici evidenziati dallo studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN	presenza progetto	SI	25		
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	320	EF_ORG-51	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Studio preliminare per la riorganizzazione della gestione settore microbiologia	evidenza documentale	SI	25		
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	321	PROD-24	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	25	Considerate le variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target. (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	322	EF_COST- 31	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	≥ del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	323	EF_ORG-46	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto dei tempi di degenza massimi previsti dalla normativa.	n° casi con giornate di degenza massima > valori soglia previsti dalla norma / nà totale casi	< al dato 2024	15		Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	324	CUP-21	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	325	DIP_13	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	20	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	326	AMB-15	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	327	PROD-25	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 2024	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	328	APP-20	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	329	EF_COST- 32	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	330	DIP_14	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	331	OB_REG23	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	332	AMB-16	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	333	PROD-26	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	334	BOARD-8	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	335	APP-19	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale affetto da Fibrosi Cistica. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	336	EF_COST-33	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	337	DIP_15	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	338	OB_REG24	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	339	AMB-17	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	340	PROD-27	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	341	BOARD-9	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	14	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	342	EF_COST-34	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	343	CUP-22	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	25	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	344	DIP_16	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	345	OB_REG25	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	346	PROD-28	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	347	BOARD-10	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	16	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	348	APP-21	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	349	EF_COST- 35	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	350	DIP_17	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	351	OB_REG26	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	352	AMB-18	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	353	PROD-29	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	354	BOARD-11	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	355	EF_COST- 36	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	356	CUP-23	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	357	DIP_18	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	358	AMB-1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborare con le strutture deputate e per quanto di competenza al "Tariffario Aziendale delle Prestazioni sanitarie extra Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogate a favore di pazienti ricoverati presso strutture altre Aziende Sanitarie/Ospedaliere"	evidenza documentale	SI	20		
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	359	AMB-19	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	360	PROD-30	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	361	EF_COST- 37	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	362	CUP-24	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	363	DIP_19	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	16	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	364	OB_REG27	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	365	AMB-20	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	16	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	366	PROD-31	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	18	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	367	SIC_SO-4	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	SI	50	valenza documentale	Area Organizzativa
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	368	SORV-1	SORVEGLIANZA SANITARIA	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati. Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti	SI	50	valenza documentale	Area Organizzativa
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	369	APP-22	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	370	PROD-32	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	371	APP-4	APPROPRIATEZZA	Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	A) Trattamenti psicologici specialistici (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio B) trattamenti specialistici ad altri pazienti	A) ≥ 25 B) ≥ 400	50	Il peso viene così ripartito: A) 25 B) 25	Area qualità clinica ed assistenziale

ALLEGATO - OBIETTIVI DI PERFORMANCE ANNO 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	372	APP-32	APPROPRIATEZZA	Valutazione psicologica di pazienti oncologici e loro caregivers, in setting ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata data indicazione alle cure palliative, anche precocemente in simultaneous care	Colloqui psicologici (cod. catalogo 94.09.4)	≥ 15	50		Area qualità clinica ed assistenziale
<	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	373	PROD-33	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa



Struttura Affari Generali
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 658 del 27/12/2024

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2025 DELL'AOU SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO.

La su estesa deliberazione viene oggi pubblicata all'Albo Pretorio per quindici giorni consecutivi sul sito informatico dell'AOU San Luigi Gonzaga.

30/12/2024

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)