

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



*Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano*

FRONTESPIZIO LETTERA

PROTOCOLLO N. 11080/2025 DEL 30/06/2025

CLASSIFICAZIONE 01-01-07-03 - /

OGGETTO: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2024

Con la presente si consegna copia analogica a stampa, 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.

Allegati:

- Relazione DG.pdf
F0D07115894E9E8F186196A7AA13C07AE19357959EE445C297C444EB7C67BB78D419AB63EB136ED259B086D3979D3C4BB357DB757627DD6DC9F27F76FA001CC3
- ALLEGATO RELAZIONE DG.pdf
A2BE778E5FDA3D60BC3D989B5BCCF0AB94F0AA46F7BAAB1B32A472964D6059D01EA4B158BB7E79BD8400932D921EDCD0621DE1C2D01072C79B9598A8BC6D3B84
- LETTERA_PROT_2025_11080.pdf.p7m
0A3A8D982C8D6511E1717DB4B47192E6BB795B5B18262AD76C4F3CDAE9D4E769B7F9FE1AE06501FB627A08AD8F7E7C3F95A038A428241F80EA774DF67A4DF14E

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



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano TORINO
Centralino tel. +39 011.90261 – fax +39 011.9026602
e-mail: urp@sanluigi.piemonte.it
Cod. Fisc 95501020010 – P.I. 02698540016

S.S. Pianificazione Strategica e Governance

Dirigente Responsabile: Dr. Luca Maina

Tel. 011.9026298

e-mail: l.maina@sanluigi.piemonte.it

Classificazione 01-01-07-03

All'Organismo Indipendente di Valutazione
dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano

Oggetto: *Relazione del Direttore Generale sulla Performance anno 2024*

Si trasmette la relazione di cui all'oggetto.

Cordiali saluti

Il Direttore Generale

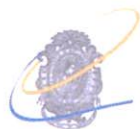
Dr. MINNITI DAVIDE

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

LM/cc



www.regione.piemonte.it/sanita



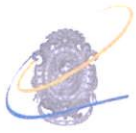
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2024

La Direzione, previo confronto e condivisione con i Direttori di Dipartimento ed i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali, con deliberazione n. 454 del 29/12/2023 ha provveduto all'adozione del Piano della Performance Anno 2024, successivamente inserito all'interno del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2024-2026, approvato con deliberazione n. 36 del 31.01.2024; successivamente con le deliberazioni n. 245 del 10/05/2024 e n. 374 del 19/07/2024, si è provveduto all'integrazione del Piano della Performance 2024, con gli obiettivi economico gestionali assegnati ai Direttori Generali / Commissari delle ASR per l'anno 2024 (declinati dalla DGR n.7-8279/2024 dell'11.03.2024), previa presentazione dei medesimi, in linea generale, all'Organismo di Valutazione.

Le relative schede budget/obiettivi sono state condivise con i rispettivi Direttori/Responsabili delle strutture, con apposizione, ove ritenuto, di considerazioni/osservazioni, di cui si è tenuto conto in sede di valutazione finale.

Le summenzionate deliberazioni di assegnazione degli obiettivi 2024 sono state comunicate alle strutture e pubblicate sulla intranet aziendale e sul sito aziendale nella sezione "*Amministrazione Trasparente - Sezione Performance*".

In linea con il piano regionale che ha previsto, per l'anno 2024, il recupero delle liste d'attesa e dei volumi di attività, sono stati prioritariamente assegnati alle *Strutture Sanitarie* gli obiettivi riferiti al raggiungimento dei volumi di attività di specialistica ambulatoriale anno 2019 ed all'adeguamento dei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate nel Piano Nazionale Governo liste d'attesa, unitamente a quelli correlati alla produzione sia ambulatoriale sia di ricovero, all'appropriatezza prescrittiva e consumo farmaci e alla riduzione della degenza media. Sono stati confermati alle strutture sanitarie, per quanto di competenza, gli obiettivi relativi alla donazione organi ed alla tempestività nell'effettuazione degli interventi di angioplastica e di frattura femore.



Alle *Strutture Amministrative e Tecniche* sono stati attribuiti prioritariamente obiettivi relativi al rispetto del budget di spesa e, per quanto di competenza, sono stati assegnati obiettivi riferiti al rispetto della tempistica della liquidazione delle fatture, all'attuazione delle misure in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, all'adozione del nuovo piano dei conti regionale, al passaggio da OLIAMM ad AMCO, al Fascicolo Sanitario Elettronico, all'attuazione del PNNR e dei progetti di edilizia sanitaria.

Nelle sedute del 28/04/2025, 19/05/2025, 03/06/2025 e del 19/06/2025 l'OIV ha effettuato la verifica degli obiettivi 2024 assegnati a tutte le articolazioni aziendali, i cui esiti sono riportati nel prospetto riepilogativo allegato alla presente relazione (all.to n. 1). Si precisa che il valore di raggiungimento complessivo totale di ogni Struttura, se il valore del decimale è uguale o superiore a 5, viene arrotondato per eccesso.

Nelle sedute del 03/06/2025 e del 19/06/2025 l'OIV ha inoltre proceduto, ai sensi del disposto degli artt. 57 e 76 dei CCNL rispettivamente dell'Area Sanità e del Personale Area Funzioni Locali, alla verifica della correttezza metodologica delle effettuate valutazioni annuali 2024 dei dirigenti aziendali.

Orbassano, 26.06.2025

Il Direttore Generale
Dr. Davide Minniti

STRUTTURA	Totale
S.C.D.U. Oftalmologia	90,0
S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	90,2
S.S.D. Nefrologia	90,7
S.C. Tecnico e Teconologie (Penalizzazione per il solo direttore f.f.)	94,0
S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	94,8
funzione Counseling Genetico	94,8
S.C.D.U. Odontostomatologia	94,9
S.C.D.O. Geriatria	95,0
S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	95,0
S.S.D. Endoscopia Digestiva	95,1
S.C.D.U. Urologia	95,2
SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	95,6
S.C.D.U. Chirurgia Toracica	96,6
S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	96,7
S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	96,8
S.S.D. Sale Operatorie	97,7
S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	97,9
S.C.D.U. Chirurgia Generale	98,0
S.S.D. Oncologia Polmonare	98,5
S.C.D.U. Medicina Interna	98,5
S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	98,5
S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	98,9
S.C.D.O. Neurologia . CRESM	99,1
S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	100,0
S.C.D.U. Oncologia Medica	100,0
S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	100,0
S.S. Medico Competente	100,0
S.C.D.U. Psichiatria	100,0
S.S. Controllo di Gestione	100,0
S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	100,0
Servizio Prevenzione e Protezione	100,0
S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	100,0
PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	
Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	100,0
S.S. Qualità	100,0
Funzione Servizio Sociale	100,0
S.S. Servizio Trasfusionale	100,0
U.R.P.	100,0
Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	100,0
S.C. Risorse Umane	100,0
S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	100,0
S.C. Risorse Umane	100,0
CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	
S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	100,0
S.C. Provveditorato-Economato	100,0
Medicina Nucleare	100,0
S.C. Gestione Economico Finanziaria	100,0
S.S.D. Pneumologia Interventistica	100,0
S.C.D.O. Pneumologia	100,0

STRUTTURA	Totale
S.S.D. Week Day Hospital Internistico	100,0
S.S. ICT	100,0
S.C.D.O. Cardiologia	100,0
S.S. Ingegneria Clinica	100,0
S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	100,0
S.S. Affari Generali e Legali	100,0
S.S. Radioterapia	100,0
S.S. SAAS	100,0
S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	100,0
S.C. Risorse Umane	100,0
CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE -amministrativi	
S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	100,0
S.C. Risorse Umane	100,0
CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - coordinatore/tutor	
Risk Management	100,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI -	100,0
SCDO Neurologia – CRESM	
S.C.D.U. Radiodiagnostica	100,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	100,0
S.S.D. Day Week Surgery	100,0
Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	100,0
S.C.D.U. Anatomia Patologica	100,0
SS Pianificazione strategica e Governance	100,0
Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	100,0
Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e	100,0
Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	100,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	100,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	100,0
Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Risk Management	6	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4 verbali/anno	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	Risk Management	7	Contribuire alla riduzione almeno dell' 1% della degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022, 2023)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h).	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	Risk Management	8	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4 verbali/anno	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	Risk Management	9	Monitoraggio compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria	Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa	Presenza report e rilevazione check list	40	40	100,0%	40,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	14	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 31.12.2024 (riferito ai dati 01/01/24 - 30/09/24)	/	35	35	100,0%	35,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	15	Pubblicazione report economico sperimentale dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura sulla Intranet Aziendale	Evidenza pubblicazione entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	/	15	15	100,0%	15,0
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	16,1	1) Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24	1) Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2024 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII	SI	12,5	12,5	100,0%	12,5
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	16,2	2) Redazione scheda di budget per ogni struttura, che contenga: a) produzione dettagliata, b) costi sanitari e non sanitari (con particolare attenzione ai farmaci ed ai dispositivi sanitari), c) indicatori di Barber, d) peso della produzione, e) indicatore sul valore della produzione in relazione ai costi, f) indicatore sul valore della produzione in relazione al personale	2) Presenza di una scheda di budget mensile sia informatica che cartacea da consegnare alla direzione Strategica almeno per ogni mese	SI	12,5	12,5	100,0%	12,5
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	16,3	3) Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO"	3) Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni	SI	12,5	12,5	100,0%	12,5
Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	16,4	4) Implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione (anche con dati dei flussi in "uscita") e dei costi di ogni struttura. Il sistema può essere complementare o inserito all'interno della scheda di budget.	4) Presenza di un sistema di monitoraggio con i dati richiesti con periodicità mensile	SI	12,5	12,5	100,0%	12,5
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	1	Organizzazione e gestione della sorveglianza sanitaria degli studenti dei Corsi di Laurea sanitari.	Emissione dei giudizi di idoneità per i tirocini pratici entro tempi utili allo svolgimento degli stessi.	1	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	2	Revisione di almeno 3 procedure aziendali di competenza della Struttura.	Pubblicazione sull'intranet aziendale.	1	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	3	Registro esposizione agenti cancerogeni e mutageni.	Revisione ed aggiornamento del Registro esposizione agenti cancerogeni e mutageni.	SI	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	4	Aggiornamento/formazione aziendale in argomento d'interesse specifico.	Organizzazione di almeno 1 corso d'aggiornamento/formazione aziendale.	SI	20	20	100,0%	20,0
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	5	Armonizzazione dell'applicativo Canopo per l'aggiornamento del protocollo sanitario dei lavoratori radioesposti.	Redazione report finale.	SI	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	10	Coordinamento del gruppo aziendale dedicato alla presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	Almeno 4 verbali di incontro/anno	4 verbali/anno	10	10	100,0%	10,0
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	11	Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2023 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo).	Monitoraggio mensile, audit strutture coinvolte e report finale in collaborazione con CdG	/	30	30	100,0%	30,0
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	12	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)	Monitoraggio degli indicatori previsti dal Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali. Report finale DMPO.	/	30	30	100,0%	30,0
Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	13	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	/	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	17	Definizione cronoprogramma attivazione DVR per struttura e non per rischio.	Aggiornamento documentale DVR entro 31/12/2024. Presentazione proposta di misure di intervento a fronte di situazioni critiche.	Evidenza documentale	50	50	100,0%	50,0
Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	18	Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Conclusione valutazione SLC di tutti i gruppi omogenei. Proposta di misure di intervento a fronte di situazioni critiche.	Evidenza documentale	40	40	100,0%	40,0
Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	19	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	10	100,0%	10,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	20	Piano obiettivi 2025	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 31/10/2024 della proposta iniziale per gli obiettivi 2025	SI	50	50	100,0%	50,0
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21,1	Piano obiettivi 2024	A) Definizione entro il 30/06/2024 del processo di monitoraggio obiettivi 2024	SI	25	25	100,0%	25,0
Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21,2	Piano obiettivi 2024	B) Attuazione entro il 31/07/2024 del processo di monitoraggio obiettivi 2024	SI	25	25	100,0%	25,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	22	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 % (evidenza con Report trimestrale e verifica campione)	40	40	100,0%	40,0
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	23	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.	/	30	30	100,0%	30,0
Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	24	Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	/	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	36	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 95%	/	60	60	100,0%	60,0
Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	37	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere	1	40	40	100,0%	40,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	25	Concorrere al mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica,di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso), con contenimento dei costi.	A) Miglior valore tra anni 2019 e 2023/ Costi diretti ≤ 2023 B) Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmete inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento	/	25	25	100,0%	25,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	26	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, US, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	25	25	100,0%	25,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	27,1	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA	Pubblicazione su intranet	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	27,2	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	B) Incontri associazione malati	Almeno 6 incontri l'anno	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	27,3	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	C) Report di verifica attività	4 report/anno, in collaborazione con CdG	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	28	Contribuire al raggiungimento dello standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	25	25	100,0%	25,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	38	Verifica trimestrale coerenza tra costi aziendali rilevati da Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito.	Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO)	100% con scostamento massimo ammissibile pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	39	Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	40	Allineamento Registri AIFA e Flussi	Monitoraggio andamento aziendale e raggiungimento aziendale dell'obiettivo regionale	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	41	Appropriatezza Prescrittiva A) IMMUNOGLOBINE B) IPOLIPEMIZZANTI C) IMMUNOSOPPRESSORI/MODULATORI D) OSSIGENO	Monitoraggio andamento aziendale e raggiungimento aziendale dell'obiettivo regionale per le quattro categorie terapeutiche	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	42	Audit risparmio spesa farmaci.	Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti	Almeno 3 audit/anno	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	29,1	Attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza in accordo con le attività previste dal PNCAR (indicatori 4-6-7 Regione Piemonte)	A) adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici	A) evidenza produzione report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	29,2	Attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza in accordo con le attività previste dal PNCAR (indicatori 4-6-7 Regione Piemonte)	B) adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert	B) evidenza di adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert, con report annuale	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	29,3	Attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza in accordo con le attività previste dal PNCAR (indicatori 4-6-7 Regione Piemonte)	C) partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	C) evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico con verifica di almeno 6 mesi/anno interventi di chirurgia protesi anca e vescica.	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	30	Pulizia lista d'attesa chirurgica.	Indicatori di monitoraggio previsti dal regolamento aziendale Gestione Liste d'Attesa	/	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	31	Contribuire al raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2024 ≥ 2019 / Fatturato 2024≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	32	Adesione, da parte delle Strutture Sanitarie, al programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Monitoraggio obiettivo assegnato alle strutture e report finale	/	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	33	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare	1	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	34	Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infetti con germi MDR (Multi Drug Resistent)	Realizzazione almeno 50 audit nelle strutture di degenza a seguito di alert dei microrganismi multiresistenti.Produzione verbali su richiesta dell'OIV	/	50	50	100,0%	50,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	35	Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	Realizzazione almeno n. 1 audit sull'applicazione delle procedure nel 100% strutture sanitarie	/	50	50	100,0%	50,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	45,1	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA	A) Pubblicazione su intranet	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	45,2	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	B) Appropriatezza prescrittiva	B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	45,3	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	C) Incontri associazione malati	C) Almeno 3 incontri l'anno	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	45,4	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	D) Report di verifica trimestrale attività	D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	46,1	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	A) organizzazione di corso FAD annuale sulla sicurezza trasfusionale	SI	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	46,2	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	B) raccolta delle non conformità	SI	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	46,3	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	C) audit presso i reparti coinvolti nelle non-conformità	SI	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	47	Promozione e partecipazione al progetto:"Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Numero di pazienti candidabili valutati anno 2024 per avvio a percorso PBM ≥ 2% del numero di interventi in elezione anno 2023	15	15	100,0%	15,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	48,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A) AMB: +20% rispetto al 2023	30	30	100,0%	30,0
Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	48,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	49	Gestione affissioni	A) Evidenza procedura pubblicata su intranet B) Assenza affissioni non autorizzate	/	40	40	100,0%	40,0
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	50	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	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	51	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista	Rispetto tempistica 100% casi	/	50	50	100,0%	50,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	171	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	172	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O. (calcolata su su carico degenti)	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	173	Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva	Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi o T.I. di altro nosocomio.	≤1,5% totale pazienti/anno	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	174	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	≥70%	20	20	92,4%	18,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	175,1	Incremento performances	A) Aumento attività	A) AMB (compresa attività NORA) :+5% rispetto al 2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	175,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									98,5 (99)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	182	Case MIX.	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico > 2019	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	183	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥70%	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	184	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	185	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Ginecologica	≥ anno 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	186	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	187,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +20% rispetto al 2023	8,4	8,4	94,0%	7,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	187,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +10% rispetto al 2023	8,4	8,4	82,3%	6,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	187,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +15% rispetto al 2023	8,2	8,2	100,0%	8,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	187,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									98,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	188	Stesura progetto di gestione per la presa in carico dei pazienti trasferiti da altri nosocomi	Redazione di progetto	Evidenza documentale entro 30/06/2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	189	Presentazione di un progetto innovativo in ambito chirurgico volto ad incremento attività, efficientamento, miglioramento qualità di cura.	Redazione di progetto	Si	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	190	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	15	83,3%	12,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	191,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +10% rispetto al 2023	13,4	13,4	93,4%	12,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	191,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +5% rispetto al 2023	13,4	13,4	100,0%	13,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	191,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +3% rispetto al 2023	13,2	13,2	100,0%	13,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	191,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									96,6 (97)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	192	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	193	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	194,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O.:+8% rispetto a 2023	16,7	16,7	88,0%	14,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	194,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H.: +10% rispetto al 2023	16,7	16,7	92,0%	15,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	194,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB:+10% rispetto al 2023	16,6	16,6	89,5%	14,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	194,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									94,9 (95)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	176	Predisposizione/programmazione sale CAC	3 sedute operatorie di CAC	3 sedute alla settimana	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	177	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	178	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali	Riduzione tempi di attesa medi area oftalmologica.	Valori 2024<2023	20	20	50,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	179,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Oculistica	A) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	179,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Fotografia del Fundus	B) ≥ anno 2019	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	180	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: + 10% rispetto al 2023	8,4	8,4	100,0%	8,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: + 50% rispetto al 2023	8,4	8,4	100,0%	8,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: + 30% rispetto al 2023	8,2	8,2	100,0%	8,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									90,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	195	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	>=70%	30	30	92,4%	27,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	196	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	197	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Ortopedica	n° visite + 344 rispetto all'anno 2019	15	15	90,8%	13,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	198	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	199,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +10% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	199,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +5% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	199,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +5% rispetto al 2023	10	10	86,6%	8,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	199,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Totale									95,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	200	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	201	Case MIX.	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Incremento indice case mix rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	202,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Otorinolaringoiatrica	A) ≥ anno 2019	5	5	90,6%	4,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	202,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Esame audiometrico tonale	B) ≥ anno 2019	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	203	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	5	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	204	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	15	87,2%	13,1
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	205,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +20% rispetto al 2023	13,4	13,4	100,0%	13,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	205,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +15% rispetto al 2023	13,4	18,4	87,1%	16,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	205,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +10% rispetto al 2023	13,2	13,2	100,0%	13,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	205,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	10	10	50,0%	5,0
Totale									90,2

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	206	Progetto I.A.	Implementazione Centro IA ad indirizzo clinico-gestionale	Evidenza di attivazione entro giugno 2024	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	207	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +30% rispetto all' anno 2023	10	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	208	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	209	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	210	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Urologica	+ 1.000 rispetto all'anno 2023	15	15	72,1%	10,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	211,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +10% rispetto al 2023	11,7	11,7	94,6%	11,1
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	211,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +5% rispetto al 2023	11,7	21,7	100,0%	21,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	211,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +3% rispetto al 2023	11,6	11,6	100,0%	11,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	211,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									95,2

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	221	Pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager	Tasso di occupazione posti letto delle SS.CC. del Dipartimento Area Chirurgica	≥85%	50	50	100,0%	50,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	222	Miglioramento umanizzazione ed accoglienza cure.	Predisposizione di specifici progetti volti al miglioramento anche del comfort ambientale.	Evidenza dei documenti progettuali	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	223	Collaborazione al progetto di efficientamento LEAN Sale Operatorie	Collaborazione alla stesura del Progetto Lean e Regolamento Sala Operatoria	Presenza di almeno 3 verbali di incontro	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	224,1	Lean blocchi operatori	A) Produzione ed attuazione di un approccio lean nei blocchi operatori volto ad ottimizzarne le performances (in collaborazione con S.S.D. Sale Operatorie).	SI	35	35	100,0%	35,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	224,2	Lean blocchi operatori	B) Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 3 indicatori evidenziati nel percorso Lean	SI	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	225	Lean percorso chirurgico	Definire almeno altri 2 percorsi Lean da applicare al Percorso Chirurgico	SI	35	35	100,0%	35,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	212,1	Collaborazione al Progetto CAC	A) Trasferimento sala Terapia Antalgica presso locali dedicati	A) Evidenza attivazione nuova sala Terapia Antalgica	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	212,2	Collaborazione al Progetto CAC	B) Predisposizione e rispetto turnistica presso CAC	B) Evidenza documentale turnistica	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	213	Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	214	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +10% anno 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	215	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019	≥ 100%	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	216,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +30% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	216,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +30% rispetto al 2023	10	10	89,1%	8,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	216,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +30% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	216,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									98,9 (99)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	217	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	>=70%	30	30	92,4%	27,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	218	Lean blocchi operatori e revisione dell'orario delle sale operatorie mirato all'efficientamento.	Produzione ed attuazione di un approccio lean nei blocchi operatori volto ad ottimizzarne le performances (in collaborazione con S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico). Contestuale revisione degli orari di sala	PROGETTO LEAN: SI INCREMENTO LEAN DI SALA: SI	A)10 B)20	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	219	Collaborazione al Progetto CAC	Implementazione sala chirurgica CAC	Evidenza attivazione nuova sala CAC entro 31/3	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	220	Aumento sedute	Incremento sedute di sala operatoria registrate anche mediante la predisposizione di progetti volti all'aumento delle stesse.	2024>2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									97,7 (98)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	169	Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	40	40	87,1%	34,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	170	Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	Report finale prodotto dai SII	/	60	60	100,0%	60,0
Totale									94,8 (95)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	140	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	141	Piano d'azione nuova TC-GammaCamera.	Stesura di un piano d'azione globale volto ad ottimizzare la produttività della nuova apparecchiatura nei tempi più ristretti possibili.	SI	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	142,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A) 60.000 euro/mese attività	60	60	100,0%	60,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	142,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2019	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	100	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	101	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	25	25	100,0%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	102	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +50% anno 2023	15	15	66,7%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	103,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	10	12,5	100,0%	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	103,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	10	12,5	100,0%	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	103,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	10	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	103,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	25	100,0%	25,0
Totale									95,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	127	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	128,1	Reengineering per livelli di complessità.	Progettazione e presentazione piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	A) Implementazione progetto entro 30/4 B) Applicazione e monitoraggio progetto dal 1 /5	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	128,2	Reengineering per livelli di complessità.	Progettazione e presentazione piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	B) Applicazione e monitoraggio progetto dal 1 /5	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	129	Diminuzione proporzione ricoveri da P.S.	Riduzione dei ricoveri interni provenienti da Pronto Soccorso	Valore 2024<2023	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	130,1	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Ossigeno	A) n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023	A) 2024 ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	130,1	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Ossigeno	B) Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto)/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	B) 2024 ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	131	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	109	Recupero prestazioni screening oncologici colo-rettale e cervico-vaginale: copertura da esami, in stretta collaborazione con le strutture coinvolte	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: min. 35%	25	25	100,0%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	110	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	+3% rispetto al 2023	35	35	100,0%	35,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	111	Incremento performances	Contenimento spesa	Costi diretti ≤2023	40	40	100,0%	40,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	104	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	105	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	106	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	107	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : Prima Visita Endocrinologica	≥ anno 2019	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	108,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	10	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	108,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	10	15	89,9%	13,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	108,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	10	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	108,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									98,5 (99)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	112	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	113	Degenza media.	Riduzione tempi degenza medi R.O.	Valori degenza media R.O. 2024 ≤ Valori degenza media R.O. 2019	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	114	Collaborazione alla realizzazione del nuovo centro trapianti e relative procedure.	Evidenza documentale.	SI	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	115,1	Appropriatezza prescrittiva Immunoglobine e allineamento Registri AIFA e Flussi	A) n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023	A) Valore 2024≤2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	115,2	Appropriatezza prescrittiva Immunoglobine e allineamento Registri AIFA e Flussi	B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) C) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	B) 100% (con margine di scostamento definito da Regione) C) 100% (con margine di scostamento definito da Regione)	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	116,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	10	10	79,1%	7,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	116,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	116,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	116,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									97,9 (98)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	117	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica < 2023	25	25	100,0%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	118	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	119	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	120	Allineamento Registri AIFA e Flussi	A) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	A) 100% * B) 100% * (con eventuale margine di scostamento definito dalla Regione)	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	121,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	121,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	121,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	121,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	132	Incremento prestazioni erogate in fascia oraria serale.	Sviluppo di un progetto organizzativo mirato all'incremento dell'attività erogata in fascia oraria serale	Incremento ≥10% prestazioni in fascia oraria serale	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	133	Audit di appropriatezza prescrittiva esami/accertamenti radiodiagnostici.	Organizzazione audit/focus group dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group nel 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	134	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	135,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prestazioni TC monitorati PNGLA	A) ≥ anno 2023	7,5	7,5	100,0%	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	135,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Prestazioni RMN monitorati PNGLA	B) ≥ anno 2023	7,5	7,5	100,0%	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	135,3	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : C- Prestazioni ecografia addome monitorate PNGLA	C) ≥ anno 2019	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	136,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A)AMB: +10% rispetto al 2023	25	25	100,0%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	136,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤ 2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	149	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Raggiungimento soglia 400 visite erogate in modalità telemedicina/2024	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	150	Progettazione ed attuazione di un piano di collaborazione e sinergia con Servizio diabetologia Asl To3.	Sviluppo procedure condivise per la presa in carico di pazienti Asl TO3	Evidenza procedure adottate	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	151	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	152	Appropriatezza prescrittiva Ipolipemizzanti	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023	Valore 2024≤2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	153,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A) AMB: +20% rispetto al 2023	25	25	86,7%	21,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	153,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									96,7 (97)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	137	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	138	Piano d'azione nuovo acceleratore lineare.	Stesura di un piano d'azione globale volto ad ottimizzare la produttività della nuova apparecchiatura nei tempi più ristretti possibili.	SI	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	139,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A) AMB: +30% rispetto al 2023	50	50	100,0%	50,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	139,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤ 2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	165	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	166	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Raggiungimento soglia 600 prestazioni in Telemedicina/anno	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	167	Progetto "DIETOLOGIA" e Progetto "Riduzione costi derrate/alimenti".	Sviluppo di progetti mirati alla razionalizzazione	Contenimento spesa di almeno 100.000 euro su base annua rispetto al 2023	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	168,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A) AMB: +5% rispetto al 2023	30	30	89,2%	26,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	168,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									96,8 (97)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	143	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	144	Recupero prestazioni screening oncologico colo-rettale: copertura da inviti e copertura da esami	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: min. 35%	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	145	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	146	Appropriatezza prescrittiva Immunosoppressori/modulatori	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica relavamente alle proprie prescrizioni	Valore 2024≤2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	147,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Gastroenterologica	A) ≥ anno 2023	12,5	12,5	100,0%	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	147,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Prestazioni strumentali monitorate PNGLA: 45.13 45.23 45.24 45.42	B) ≥ anno 2023 (totale delle prestazioni indicate)	12,5	12,5	100,0%	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	148,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +20% rispetto al 2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	148,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +20% rispetto al 2023	15	15	67,7%	10,1
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	148,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									95,1

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	154,1	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) Stesura PDTA	A) Pubblicazione su intranet	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	154,2	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	B) Appropriatezza prescrittiva	B) Riduzione spesa farmaceutica rispetto 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	154,3	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	C) Incontri associazione malati	C) Almeno 6 incontri l'anno	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	154,4	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	D) Report di verifica trimestrale attività	D) 6 report/anno, in collaborazione con CdG	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	155	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +50% di visite erogate in modalità telemedicina rispetto all' anno 2023	10	10	76,7%	7,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	156	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	157,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H.: incremento attività rispetto al 2023	15	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	157,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +10%	15	30	90,4%	27,1
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	157,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									94,8 (95)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	161	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	162	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Raggiungimento soglia 150 prestazioni erogate in modalità Telemedicina/anno	15	15	50,0%	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	163	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	164,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H.: +5% rispetto al 2023	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	164,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB:+5% rispetto al 2023	20	20	90,9%	18,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	164,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									90,7 (91)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	122	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica < 2023	25	25	100,0%	25,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	123	Allineamento Registri AIFA e Flussi	A) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	A) 100% * B) 100% * (con eventuale margine di scostamento definito dalla Regione)	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	124	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Evidenza di prestazioni erogate in modalità telemedicina	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	125	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	126,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	10	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	126,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	10	15	89,7%	13,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	126,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	10	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	126,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									98,5 (99)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	158	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	159,1	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	A) Stesura PDTA	A) Pubblicazione su intranet	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	159,2	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	B) Appropriatezza prescrittiva	B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	159,3	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	C) Incontri associazione malati	C) Almeno 2 incontri l'anno	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	159,4	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia.	D) Report di verifica trimestrale attività	D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	160,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H.: incremento attività rispetto al 2023	15	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	160,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +25% rispetto al 2023	15	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	160,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENT O	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	52	Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall’accesso nella struttura	Numero di episodi di STEMI (sul totale) in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.	>= 60%	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	53	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	54	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% vs anno 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	55,1	Appropriatezza prescrittiva ipolipemizzanti e allineamento registri AIFA e Flussi	A) Spesa ipolipemizzanti anno 2024 su spesa anno 2023	A) Valore 2024≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	55,2	Appropriatezza prescrittiva ipolipemizzanti e allineamento registri AIFA e Flussi	B) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)	B) 100% (con margine di scostamento definito da Regione)	2,5	2,5	100,0%	2,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	55,3	Appropriatezza prescrittiva ipolipemizzanti e allineamento registri AIFA e Flussi	C) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	C) 100% (con margine di scostamento definito da Regione)	2,5	2,5	100,0%	2,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	56,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Cardiologica	A) ≥ n° 2.003 prime visite eseguite	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	56,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- ECG Holter	B) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	56,3	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : C- Test Cardiovascolare da sforz	C) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	57,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	6,7	6,7	100,0%	6,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	57,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	6,7	6,7	100,0%	6,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	57,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	6,6	6,6	100,0%	6,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	57,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	69	Valore economico prestazioni ambulatoriali	Valore economico prestazioni (flusso C, C2 pz non ricoverati e C5) anno 2024 / Valore economico prestazioni (flusso C, C2 pz non ricoverati e C5) anno 2024	≥ 7,5%	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	70	Studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN per il contenimento dei costi e l'ottimizzazione delle risorse.	Produzione di uno studio di fattibilità ed ipotesi organizzativa, con particolare attenzione a: spesa/personale/TAT	Valori 2024≤2023	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	71	Incremento performances	Aumento attività di laboratorio erogata rispetto a 2023	Valorizzazione +5% rispetto al 2023	50	50	100,0%	50,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	64	Tempi di degenza .	Rispetto dei tempi di degenza massimi previsti dalla normativa.	Giornate di degenza massima ≤ valori soglia previsti dalla norma	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	65	Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	66	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all' anno 2023	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	67	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Fisiatrice	A) ≥ anno 2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	68,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AR.O: +5% rispetto al 2023	9	9	100,0%	9,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	68,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	8	8	100,0%	8,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	68,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	8	8	100,0%	8,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	68,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENT O	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	58	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	59	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all' anno 2023	10	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	60,1	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA	A) Pubblicazione su intranet	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	60,2	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	B) Appropriatezza prescrittiva	B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	60,3	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	C) Incontri associazione malati	C) Almeno 3 incontri l'anno	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	60,4	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	D) Report di verifica trimestrale attività	D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	61,1	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Immunosoppressori/modulatori	A) n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023	A) 2024 ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	61,2	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Immunosoppressori/modulatori	B) Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica relativamente alle proprie prescrizioni	B) 2024 ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	62,1	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Neurologica	A) + 320 rispetto anno 2023	7,5	12,5	93,0%	11,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	62,2	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Elettromiografia semplice (93.08.1)	B) ≥ anno 2023	7,5	7,5	100,0%	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	63,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	63,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	5	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	63,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	63,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Totale									99,1

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	72	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	73	Appropriatezza prescrittiva Ossigeno	Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto)/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	Valore 2024≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	74	Appropriatezza prescrittiva: monitoraggio ed incentivazione all'utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto all'anno 2023.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2024 (rilevata da Flusso File F) nel periodo gennaio-dicembre 2024	Valore 2024≤2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	75,1	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica.	A) Stesura PDTA	A) Pubblicazione su intranet	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	75,2	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica.	B) Appropriatezza prescrittiva	B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	75,3	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica.	C) Incontri associazione malati	C) Almeno 3 incontri l'anno	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	75,4	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Fibrosi Cistica.	D) Report di verifica trimestrale attività	D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	76,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Pneumologica	A) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	76,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Spirometria Semplice	B) ≥ anno 2023	5	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	76,3	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : C- Spirometria Globale	C) ≥ anno 2023	5	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	77,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	6,7	6,7	100,0%	6,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	77,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	6,7	6,7	100,0%	6,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	77,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	6,6	6,6	100,0%	6,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	77,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	78	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	79	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all'anno 2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	80	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	81,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	A) AMB: +10% rispetto al 2023	30	30	100,0%	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	81,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	20	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	88,1	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA	A) Pubblicazione su intranet	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	88,2	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	B) Appropriatezza prescrittiva	B) Riduzione spesa farmaceutica vs 202	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	88,3	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	C) Incontri associazione malati	C) Almeno 3 incontri l'anno	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	88,4	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	D) Report di verifica trimestrale attività	D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	89	Appropriatezza prescrittiva: maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o a minor costo rispetto al 2023	Spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	90,1	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Immunosoppressori/modulatori	A) n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023	A) 2024 ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	90,2	Appropriatezza prescrittiva A) Immunoglobine B) Immunosoppressori/modulatori	B) Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica relavamente alle proprie prescrizioni	B) 2024 ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	91	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all'anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	92,1	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Neurologica	A) + 126 rispetto anno 2023	7,5	7,5	100,0%	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	92,2	Partecipazione al "Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica" per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Elettromiografia semplice (93.08.1)	B) ≥ anno 2023	7,5	7,5	100,0%	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	93,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	R.O: +5% rispetto al 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	93,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +3% rispetto al 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	93,12	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: mantenimento livelli 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	93,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	10	10	100,0%	10,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	94	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l’45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	95	Appropriatezza prescrittiva Ossigeno	Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto)/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	Valore 2024≤2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	96	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	10	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	97,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Pneumologica	A) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	97,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Spirometria Semplice	B) ≥ anno 2023	5	10	100,0%	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	97,3	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : C- Spirometria Globale	C) ≥ anno 2023	5	0	NA	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	98	Recupero produzione Classi di ricovero	Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell’anno 2024 / Numero ricoveri per classi 1,2,3 erogati nell’anno 2019	≥ 100%	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	99,1	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	AMB: +25% rispetto al 2023	12,5	12,5	100,0%	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	99,11	Incremento performances	A) Aumento valorizzazione economica	D.H: +30% rispetto al 2023	12,5	12,5	100,0%	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	99,2	Incremento performances	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	82	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2024	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali.	1	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	83	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	20	20	100,0%	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	84	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +50% rispetto all' anno 2023	10	10	76,7%	7,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	85	Appropriatezza prescrittiva Ossigeno	Quantà per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2024 (consumato + prescritto)/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Totale 2023 (consumato + prescritto)	Valore 2024≤2023	15	15	100,0%	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	86,1	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : A- Prima Visita Pneumologica	A) ≥ anno 2023	5	5	94,6%	4,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	86,2	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : B- Spirometria Semplice	B) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	86,3	Partecipazione al “Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica” per le prestazioni PNGLA	Volumi anno 2024 al netto delle prestazioni aggiuntive per : C- Spirometria Globale	C) ≥ anno 2023	5	5	100,0%	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	87,1	Incremento performances (si applicano anche a Servizio Fisiopatologia Respiratoria e Centro del Sonno).	A) Aumento valorizzazione economica	A) AMB: +5% rispetto al 2023	20	20	90,9%	18,2
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	87,2	Incremento performances (si applicano anche a Servizio Fisiopatologia Respiratoria e Centro del Sonno).	B) Contenimento spesa	B) Costi diretti ≤2023	15	15	100,0%	15,0
Totale									95,6 (96)

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	245,1	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2023 e ante	a) Report crediti 2023 e ante.	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	245,2	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2023 e ante	b) Evidenza note di circolarizzazione 2023 e ante	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	245,3	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2023 e ante	c) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospenso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2023 e ante , per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR.	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	246	Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.	1) Provvedimento di assegnazione budget di spesa 2) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari 3) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	/	30	30	100,0%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	247	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)	Report SC Gestione Economico Finanziaria	/	30	30	100,0%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	248	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	10	100,0%	10,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	240	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	30	30	100,0%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	241	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	242	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) 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	30	30	100,0%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	243	Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" e " Grandi apparecchiature sanitarie" PNRR , come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	244	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	10	100,0%	10,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	226	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) <u>Proposta interventi correttivi, ove necessari</u>	/	40	40	100,0%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	227	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	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	228	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	evidenza coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	100% (evidenza tramite report)	25	25	100,0%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	229	Reclutamento oltre il turn-over di unità di personale sanitario del comparto e di addetti all'assistenza rispetto alla data del 30/06/2023	unità di personale sanitario del comparto e di addetti all'assistenza (oltre il turn-over) alla data del 31/12/2024 - unità di personale sanitario del comparto e di addetti all'assistenza alla data del 30/06/2023	+25	25	25	100,0%	25,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	230	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	20 (*)	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	231	Realizzazione Piano formativo 2024	Attivazione almeno 70% (inclusi i corsi extra-piano) dei corsi previsti	/	40	40	100,0%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	232	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	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	233	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare	1	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - coordinatore/tutor	234	Programmazione, gestione 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. 100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio	/	Coordinatore/tutor (20)	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE - coordinatore/tutor	235	Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMP di progetti organizzativi/formativi.	Evidenza almeno 4 progetti	/	Coordinatore/tutor (80)	80	100,0%	80,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE -amministrativi	234	Programmazione, gestione 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. 100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio	/	Amministrativi (40)	40	100,0%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE -amministrativi	236	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	Amministrativi (40) *	40	100,0%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE -amministrativi	237	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	/	Amministrativi (20)	20	100,0%	20,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	249,1	Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNNR	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare: A- conclusione lavori Medicina Nucleare entro il 30/06/2024	SI	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	249,2	Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNNR	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare: B- realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso entro 16/08/24	SI	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	249,3	Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNNR	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare: C- realizzazione nuova Recovery Room con conclusione lavori entro il 30/09/2024	SI	30	30	80,0%	24,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	250	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	15	15	100,0%	15,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	251	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	252	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	253	Realizzazione interventidi edilizia sanitaria	rispetto del cronoprogramma definito dalla Regione	100% (evidenza tramite report)	20	20	100,0%	20,0
Totale									94,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	265	Revisione regolamento in materia di studi clinici	Presentazione bozza entro 29/02/2024	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	266	Recupero crediti correlai a prestazioni sanitarie	Attivazione procedure di recupero coattivo	100% pratiche trasmesse da SS AAAS	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	267,1	Sistemazione archivio ex autorimessa e monitoraggio smaltimento	A) Riallocazione spazi alle strutture	/	15	15	100,0%	15,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	267,2	Sistemazione archivio ex autorimessa e monitoraggio smaltimento	B) assenza al 31/12/2024 di materiale smaltibile (tempo di conservazione scaduto)	/	15	15	100,0%	15,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	268	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	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	269,1	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale	a) SI	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	269,2	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	B) differenza tra spesa e valore accontonato nel fondo rischio	b) spesa 2024 ≤ valore accontonato nel fondo rischio	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	269,3	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi	c) 100% sinistri	5	5	100,0%	5,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	254	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	1	25	25	100,0%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	255	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	256	Sostituzione telecamere	Sostituzione di tutte le telecamere esistenti , anche in aree esterne, entro il 02/09/2024	1	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	257	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) 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	20 (*)	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	258	Aggiornamento Applicativi nel rispetto del Cronoprogramma Regionale e integrazione cartelle cliniche conapplicazione Web del FSE	rispetto del Cronoprogramma Regionale	SI	15	15	100,0%	15,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	259	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10	10	100,0%	10,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	260	PNRR: grandi apparecchiature	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR	SI	40	40	100,0%	40,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	261	Rispetto del budget di spesa assegnato	1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	262	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	25	25	100,0%	25,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	263	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	264	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	5	5	100,0%	5,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	270,1	Applicazione nuovo regolamento libera professione (parte giuridica) e adeguamento alle Linee Guida Regionali	A) Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza	SI	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	270,2	(vuoto)	B) Adozione Regolamento aggiornato entro il 30/06/24	SI	15	15	100,0%	15,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	271	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	5	5	100,0%	5,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	272	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	Invio diffide riferite al 2020 e 2021	1	30	30	100,0%	30,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	273	Aggiornamento Nuovo Nomenclatore di Specialistica Ambulatoriale	Piena operatività entro il 31/12/2024 o successiva data autorizzata dalla Direzione Sanità	SI	20	20	100,0%	20,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	274	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	/	10	10	100,0%	10,0
Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	275	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Allineamento Agende su CUP Regionale	Report DMP	10	10	100,0%	10,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	276	Erogazione prestazioni ambulatoriali	Prestazioni prenotate CUP 2024 / Prestazioni erogate (Flusso C) 2024	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP 2024	60	70	100,0%	70,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	277	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina, secondo mandato regionale.	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	Almeno +20% rispetto all' anno 2023	20	0	NA	0,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	278	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerosi Multipla.	A) Stesura PDTA B) Appropriatezza prescrittiva C) Incontri associazione malati D) Report di verifica trimestrale attività	A) Pubblicazione su intranet B) Riduzione spesa farmaceutica vs 2023 C) Almeno 3 incontri l'anno D) 4 report/anno, in collaborazione con CdG	20	30	100,0%	30,0
Totale									100,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	279	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 : almeno 15 prestazioni - cod. catalogo 94.09.4	(vuoto)	50	50	100,0%	50,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	280	Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	Trattamenti psicologici specialistici, almeno 25 prestazioni (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio e trattamenti specialistici ad altri pazienti (almeno 400 prestazioni)	(vuoto)	50	50	100,0%	50,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	281	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		50	50	100,0%	50
DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	282	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		50	50	100,0%	50
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	283	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	(vuoto)	70	70	100,0%	70,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	284	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	A) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti B) relativi verbali	(vuoto)	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	285	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	(vuoto)	70	70	100,0%	70,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	286	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	A) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti (obiettivo su base annuale) B)relativi verbali	(vuoto)	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	287	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	(vuoto)	70	70	100,0%	70,0
Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	288	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	A) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti (obiettivo su base annuale) B)relativi verbali	(vuoto)	30	30	100,0%	30,0
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	289	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive).	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .	/	50 D.H. Urologia/ Terapia Antalgica /Amb. Proctologia	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	290	Inserimento personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS inseriti Standard > 80%	/	30 Sala Operatoria	30	100,0%	30
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	291	Orario sale operatorie mirato ad efficientamento	Collaborazione alla revisione degli orari di sala.	REVISIONE ORARIO DI SALA: SI	40 Sala Operatoria	40	100,0%	40
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	292	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 Standard > 80%	/	50 Centrale sterilizzazione	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	293	Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito	/	50 Pre ricovero	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	294	Applicazione della procedura su isolamenti da MDR in terapia intensiva	Report mensile su aderenza procedura attraverso check list	Almeno 90% di aderenza alla procedura	50 Rianimazione	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	295	Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza (esclusa RIA)	30	100,0%	30
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	296	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 DH Urologia-Terapia Antalgica-Ambulatorio Proctologia-Prericovero-RIA-Centrale di sterilizzazione	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	296	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	30 Sala Operatoria	30	100,0%	30
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	296	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	20 Tutte le strutture di degenza	20	100,0%	20
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	297	Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Chirurgia Generale-ORL-Week Surgery-Ortopedia-Chirurgia Toracica	50	100,0%	50

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
S.C. Dipsa	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	298	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 Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Urologia	50	100,0%	50
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	299	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive).	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .	/	50 Microcitemie DH Ematologia DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Radiologia Nutrizione clinica e Dietologia	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	300	Completamento processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati/operatori inamovibili.	Report mensile che evidenzi riunioni formative e assistenza operativa all' utilizzo dell'applicativo	12/anno	50 Nutrizione clinica e Dietologa	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	301	Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.	Riduzione dei tempi di recupero dei materiali confronto ≤15% rispetto al 2023	/	50 Anatomia Patologica	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	302	Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza	30	100,0%	30
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	303	Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Med. Interna ematol- Geriatria-Med. Urg.- Oncologia Medica	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	304	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Medicina Interna – Nefrologia	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	305	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	20 Tutte le strutture di degenza	20	100,0%	20
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	305	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 DH Oncologia Medica/Polmonare- Anatomia Patologica- Radiologia-Ambulatoria Diabete-DH Internistico- Microcitemie-DH Ematologico/Nefrologia	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	305	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	40 Pronto Soccorso	40	100,0%	40
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	319	Revisione delle Schede di Post Triage e predisposizione percorso per implementazione	Relazione sul percorso attivato, gli strumenti predisposti e le modalità di implementazione previste	/	60 Pronto Soccorso	60	100,0%	60
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	306	Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive).	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza (<5% del totale degli ambulatori attivati, report mensile) .	/	50 DH Cresm Amb. Neurologia Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	307	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.	/	50 Servizio Trasfusionale	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	308	Identificazione quotidiana di un referente infermieristico/coordinatore per interfaccia con bed manager e NOCC 7/7 giorni per ottimizzare percorsi di ricovero e dimissione	Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente.	/	30 Tutte le strutture di degenza	30	100,0%	30
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	309	Implementazione modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 Cardiologia-Pneumologia	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	310	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 80% nel 2024	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50 MFNR – Psichiatria – Neurologia	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	311	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	20 Tutte le strutture di degenza	20	100,0%	20
S.C. Dipsa	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	311	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 DH Cresm- Amb.Neurologia-Centro Endoscopia-Amb. FPR- Trasfusionale-Cardio Emodinamica-Amb/DH MFR-Lab.Analisi	50	100,0%	50
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
S.C. Dipsa	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	312	Lista di attesa chirurgiche: collaborazione con le Strutture aziendali finalizzato al recupero delle liste di attesa chirurgiche.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate al recupero delle liste di attesa chirurgiche.	SI	20	20	100,0%	20
S.C. Dipsa	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	313	Collaborazione al coordinamento dei gruppi aziendali specifici: fibrosi cistica, sclerosi multipla, sclerodermia, talassemia.	Stesura, applicazione e monitoraggio PDTA dedicati	STESURA: SI APPLICAZIONE: almeno 70% di applicazione (verificato mediante intervista ad operatori); MONITORAGGI O: verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero, con evidenza di crescita costante.	30	30	100,0%	30
S.C. Dipsa	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	314	Orario sale operatorie mirato ad efficientamento	Monitoraggio in merito alla revisione degli orari di sala. Report trimestrale.	4 report/anno	10	10	100,0%	10
S.C. Dipsa	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	315	Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.	Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto	12 rilevazioni/anno	20	20	100,0%	20
S.C. Dipsa	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	316	Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing per le strutture che attiveranno il modello nel 2024; monitoraggio dell'applicazione dello stesso nei reparti attivati nel 2023.	Report del processo di implementazione del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto	/	20	20	100,0%	20
Totale									100,0

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	PESO RIDISTRIBUITO	%RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
S.C. Dipsa	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	317	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	50	100,0%	50
S.C. Dipsa	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	318	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 Standard > 80%	/	50	50	100,0%	50
Totale									100,0