ASU FC
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

DECRETO
DEL DIRETTORE GENERALE

dott. Denis Caporale

nominato con Deliberazione della Giunta Regionale
n. 2001 del 20 dicembre 2024

N. 1150 **DEL 17/12/2025**

AVENTE AD OGGETTO:

Decreto n. 1116 del 5.12.2025 – errata corrige

Con la partecipazione per l'espressione dei pareri di competenza:

del Direttore Amministrativo avv. Francesco Magris
del Direttore Sanitario dott. David Turello
del Direttore dei Servizi Sociosanitari dott. Massimo Di Giusto

OGGETTO: Decreto n. 1116 del 5.12.2025 – errata corrige

RICHIAMATO il proprio Decreto n. 1116 del 5.12.2025 con cui sono state riapprovare tutte le schede di performance organizzativa 2025 nel nuovo formato prodotto dal modulo "Performance" di OSLO con evidenza degli obiettivi stralciati e quelli modificati a seguito del monitoraggio;

RILEVATO che per un errore tecnico il report scaricato dal modulo "Performance" di OSLO non ha correttamente riportato tutte le modifiche effettuate a seguito del monitoraggio e tutte le note utili alla descrizione degli obiettivi ed indicatori;

CONSIDERATO che è necessario disporre di un documento completo di tutti gli elementi validi per una corretta misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi da assumere a riferimento in fase di valutazione finale degli stessi;

RITENUTO pertanto opportuno sostituire l'allegato 1 del decreto sopra richiamato con il documento "Performance organizzativa 2025 post monitoraggio" del 16.12.2025, come da allegato A, quale parte integrante al presente decreto;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura Programmazione Attuativa nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa, la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali dell'Ente, l'assenza di conflitto di interessi, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore dei Servizi Sociosanitari, per quanto di rispettiva competenza;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, di:

1) di approvare, quale parte integrante al presente atto, il documento "Performance organizzativa 2025 post monitoraggio" del 16.12.2025, come da allegato A;

2) dare atto che l'allegato A sostituisce l'allegato 1 del Decreto n. 1116 del 5.12.2025;

3) di trasmettere il presente provvedimento agli uffici competenti per la pubblicazione in forma integrale sul sito aziendale nella specifica sezione di Amministrazione Trasparente;

4) di trasmettere copia del presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente

Il Direttore Amministrativo
avv. Francesco Magris

Il Direttore Sanitario
dott. David Turello

Il Direttore dei Servizi Sociosanitari
dott. Massimo Di Giusto

Il Direttore Generale
dott. Denis Caporale

Allegati:

1	Allegato A.pdf

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCO MAGRIS
CODICE FISCALE: MGRFNC69D27G888F
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:14:26
IMPRONTA: 26571CE66634EFF43101E47F9857F4AA1437B27BF9D701EAE8246FEC54CE03E0
1437B27BF9D701EAE8246FEC54CE03E0B8A8C76FC330CBBB7FD77A22845B43C1
B8A8C76FC330CBBB7FD77A22845B43C1966CC1E89EFAB971A17524445007CACE
966CC1E89EFAB971A17524445007CACEC3618C9B597D6C6E34D328AFC7D9DF42

NOME: MASSIMO DI GIUSTO
CODICE FISCALE: DGSMSM70R19L483N
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:20:53
IMPRONTA: 9ECF8B3AC9118E9E4214785B9634AF425529E3301D1E801E682FCA39351B91B0
5529E3301D1E801E682FCA39351B91B0DBCDE5CD08B1D41363EEC1C111ACEC0B
DBCDE5CD08B1D41363EEC1C111ACEC0BF4AC26D3EC877D985363E6EBCBA05850
F4AC26D3EC877D985363E6EBCBA058508BD9CCD1AB8BF6305EE16EEFBF9E56B4

NOME: DAVID TURELLO
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:31:54
IMPRONTA: 35A9B0D89A625BE1497BCB25A7A81FB12E9D2502FE5231023D38902F50F29635
2E9D2502FE5231023D38902F50F29635713E68545DA1203F4C251DE637CD0557
713E68545DA1203F4C251DE637CD0557DB04FCB72C37B74E8BF831E3BB226E57
DB04FCB72C37B74E8BF831E3BB226E5748DFE9829C587DA1F3D5110F5A5A9318

NOME: DENIS CAPORALE
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:40:24
IMPRONTA: 27A19E034FE6BE4B283E0AD085B3847320AA92340FF8BFB0F7DDBBD2DB6CAC19
20AA92340FF8BFB0F7DDBBD2DB6CAC194CEBE78C17E66B04EF39F9D6748403CF
4CEBE78C17E66B04EF39F9D6748403CF2831D4AD5B5CB1BDDF7CE92B0A5560F5
2831D4AD5B5CB1BDDF7CE92B0A5560F54EEC108824DCDDAEC889824F54571D5F

ASU FC
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Performance Organizzativa 2025 post monitoraggio

il 16/12/2025

INDICE

(1) DIREZIONE GENERALE

(B0) DIREZIONE GENERALE

(C000) DIREZIONE GENERALE

(D001) SOC PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA

(D002) SOC AVVOCATURA E ASSICURAZIONI

(D003) SOC CONTROLLO DI GESTIONE

(D004) SOSD MEDICINA LEGALE DELLA RESPONSABILITA' SANITARIA

(D005) SOSD SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE E GESTIONE AMBIENTALE

(D006) SOSD SORVEGLIANZA SANITARIA

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C010) DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

(D007) SOC AFFARI GENERALI E ORGANIZZAZIONE

(D008) SOC RELAZIONI SINDACALI E APPLICAZIONI CONTRATTUALI

(D009) SOC GESTIONE AMMINISTRATIVA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E TERRITORIALE

(D010) SOSD GESTIONE AMMINISTRATIVA RICERCA, SPERIMENTAZIONI E PROGETTI FINANZIATI

(D011) SOSD FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

(C020) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO AZIENDALE

(D012) SOC RECLUTAMENTO E TRATTAMENTO GIURIDICO RISORSE UMANE

(D013) SOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E FISCALE

(D014) SOC TRATTAMENTO ECONOMICO RISORSE UMANE

(D015) SOC APPROVVIGIONAMENTO BENI E SERVIZI

(C030) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO

(D016) SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-IMFR GERVASUTTA

(D017) SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO LATISANA-PALMANOVA

(D018) SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO S.DANIELE-TOLMEZZO

(D019) SOC LIBERA PROFESSIONE E PRESTAZIONI IN CONVENZIONE

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D020) SOC GESTIONE PATRIMONIALE IMMOBILI, INVESTIMENTI E PROGETTI SPECIALI

(D021) SOC SERVIZI MANUTENTIVI ALTO FRIULI

(D022) SOC SERVIZI MANUTENTIVI MEDIO FRIULI

(D023) SOC SERVIZI MANUTENTIVI BASSA FRIULANA

(D024) SOC INGEGNERIA CLINICA

(D025) SOC TECNOLOGIE INFORMATICHE, DELLA COMUNICAZIONE E AGENDA DIGITALE

(D026) SOSD GESTIONE AMMINISTRATIVA AREA TECNICO-TECNOLOGICA

(3) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(B2) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(C002) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(D028) SOC DISABILITA'

(D212) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D029) CENTRO REGIONALE TRAPIANTI

(D033) SOC ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISCHIO CLINICO

(D034) SOC COORDINAMENTO REGIONALE MALATTIE RARE

(D035) SOC ISTITUTO DI IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA

(D036) SOC SERVIZIO PROFESSIONALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA

(D038) SOSD GESTIONE E SVILUPPO DEI PROCESSI INFRASTRUTTURALI

(D039) SOSD GOVERNO DEGLI STANDARD CLINICO ASSISTENZIALI

(D040) SOSD NUCLEO CONTROLLO QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D041) SOC FARMACIA ALTO FRIULI

(D042) SOC FARMACIA BASSA FRIULANA

(D043) SOC FARMACIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D044) SOC FARMACIA TERRITORIALE

(D045) SOC POLITICHE DEL FARMACO E GOVERNO DEI PERCORSI DI APPROPRIATEZZA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D047) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

(D049) SOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA

(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

(D052) SOC SANITA' ANIMALE

(D053) SOC MEDICINA LEGALE

(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA'

(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D056) SOC DIREZIONE MEDICA IMFR GERVASUTTA

(D057) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO LATISANA-PALMANOVA

(D058) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D059) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO S.DANIELE-TOLMEZZO

(D060) SOSD PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE OSPEDALIERE

(D062) SOSD PROFESSIONI TECNICO DIAGNOSTICHE E TECNICO ASSISTENZIALI OSPEDALIERE

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D063) SOC CLINICA MEDICA

(D064) SOSD DIABETOLOGIA

(D065) SOC MEDICINA 1-S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D066) SOC MEDICINA 2-S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D067) SOC MEDICINA LATISANA

(D068) SOC MEDICINA PALMANOVA

(D069) SOC MEDICINA S.DANIELE

(D070) SOC MEDICINA TOLMEZZO

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D071) SOC CLINICA EMATOLOGICA

(D072) SOC CLINICA REUMATOLOGICA

(D073) SOC CLINICA MALATTIE INFETTIVE

(D074) SOC CLINICA DERMATOLOGICA

(D075) SOC NEFROLOGIA E DIALISI S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D076) SOC NEFROLOGIA E DIALISI PALMANOVA-LATISANA

(D077) SOC NEFROLOGIA E DIALISI S.DANIELE-TOLMEZZO

(D078) SOSD EPATOLOGIA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D079) SOC ENDOCRINOLOGIA

(D080) SOC FISICA SANITARIA

(D081) SOC ONCOLOGIA PALMANOVA-LATISANA

(D082) SOC ONCOLOGIA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D083) SOC ONCOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D084) SOC RADIOTERAPIA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D085) SOC CHIRURGIA VERTEBRO-MIDOLLARE

(D086) SOC CLINICA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

(D087) SOC CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA
(D088) SOC CLINICA NEUROLOGICA
(D089) SOC CLINICA OCULISTICA
(D090) SOC NEUROCHIRURGIA
(D091) SOC NEUROLOGIA
(D092) SOC OCULISTICA
(D093) SOC OTORINOLARINGOIATRIA
(D094) SOSD ODONTOIATRIA
(D095) SOSD STROKE UNIT

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI
(D096) SOC CARDIOCHIRURGIA
(D097) SOC CHIRURGIA TORACICA
(D098) SOC PNEUMOLOGIA
(D099) SOC CARDIOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA
(D100) SOSD FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
(D101O) SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA
(D102) SOC CARDIOLOGIA TOLMEZZO
(D103) SOSD CARDIOLOGIA E MEDICINA DELLO SPORT
(D104) SOC CARDIOLOGIA PALMANOVA-LATISANA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI
(D105) SOC CHIRURGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA
(D106) SOC CHIRURGIA VASCOLARE
(D107) SOC CLINICA CHIRURGICA
(D108) SOC CLINICA ORTOPEDICA
(D109) SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA
(D110) SOC SENOLOGIA
(D111) SOSD ANGIOLOGIA E DIAGNOSTICA VASCOLARE
(D112) SOC GASTROENTEROLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA
(D113) SOSD GASTROENTEROLOGIA PALMANOVA-LATISANA
(D114) SOSD GASTROENTEROLOGIA S.DANIELE-TOLMEZZO
(D115) SOC UROLOGIA

(C130) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.DANIELE-TOLMEZZO
(D116) SOC CHIRURGIA S.DANIELE
(D117) SOC CHIRURGIA TOLMEZZO
(D118) SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA S.DANIELE
(D119) SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA TOLMEZZO
(D120) SOC OTORINOLARINGOIATRIA S.DANIELE-TOLMEZZO
(D121) SOSD UROLOGIA S.DANIELE-TOLMEZZO

(C140) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA
(D122) SOC CHIRURGIA PALMANOVA-LATISANA
(D123) SOC OCULISTICA PALMANOVA-LATISANA
(D124) SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PALMANOVA-LATISANA
(D125) SOC OTORINOLARINGOIATRIA PALMANOVA-LATISANA
(D224) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO
(D126) SOC GRAVI CEREBROLESIONI E RIABILITAZIONE GENERALE
(D128) SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA
(D129) SOC RIABILITAZIONE INTENSIVA PRECOCE
(D130) SOC RIABILITAZIONE PALMANOVA-LATISANA
(D131) SOC RIABILITAZIONE S.DANIELE-TOLMEZZO
(D132) SOC UNITA' SPINALE
(D133) SOSD RIABILITAZIONE PATOLOGIE AD ESORDIO INFANTILE
(D134) SOSD UNITA' RIABILITATIVE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

(D225) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D135) SOC CLINICA OSTETRICIA-GINECOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D136) SOC CLINICA PEDIATRICA

(D137) SOC NEONATOLOGIA

(D138) SOC OSTETRICIA-GINECOLOGIA S.DANIELE

(D139) SOC PEDIATRIA S.DANIELE

(D140) SOSD OSTETRICIA-GINECOLOGIA TOLMEZZO

(D141) SOSD PEDIATRIA TOLMEZZO

(D142) SOC PEDIATRIA LATISANA-PALMANOVA

(D143) SOC OSTETRICIA-GINECOLOGIA LATISANA-PALMANOVA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D144) SOC ANATOMIA PATOLOGICA

(D145) SOC ISTITUTO ANATOMIA PATOLOGICA

(D146) SOC ISTITUTO FARMACOLOGIA CLINICA

(D147) SOC ISTITUTO GENETICA MEDICA

(D148) SOC ISTITUTO PATOLOGIA CLINICA

(D149) SOC MICROBIOLOGIA

(D150) SOSD LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA

(C180) DIPARTIMENTO AREA IMMUNOTRASFUSIONALE

(D228) DIPARTIMENTO AREA IMMUNOTRASFUSIONALE

(C190) DIPARTIMENTO RADIOLOGICO-DAI

(D155) SOC ISTITUTO DI RADIOLOGIA

(D156) SOC MEDICINA NUCLEARE

(D157) SOC NEURORADIOLOGIA

(D158) SOC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

(D159O) SOSD RADIODIAGNOSTICA D'URGENZA ED EMERGENZA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D160) SOC CLINICA ANESTESIA E RIANIMAZIONE

(D161) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA

(D162) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1

(D163) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2

(D164) SOSD ELISOCCORSO

(D165) SOSD EMERGENZA TERRITORIALE

(D166) SOSD TERAPIA DEL DOLORE

(C210) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D167) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE S.DANIELE

(D168) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE TOLMEZZO

(D169) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA S.DANIELE

(D170) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA TOLMEZZO

(D171) SOC RADIOLOGIA TOLMEZZO-S.DANIELE

(C220) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA PALMANOVA-LATISANA

(D172) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LATISANA

(D173) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PALMANOVA

(D174) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA LATISANA

(D175) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA PALMANOVA

(D176) SOC RADIOLOGIA LATISANA-PALMANOVA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C005) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(D177) SOC CURE INTERMEDIE

(D178) SOC CURE PALLIATIVE

(D179) SOC GERIATRIA TERRITORIALE

(D180) SOC MINORI E FAMIGLIA

(D181) SOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

(D182) SOSD PROFESSIONI SANITARIE DEL TERRITORIO

(C230) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(D185) SOC AREA DIPENDENZE ALTO FRIULI

(D186) SOC AREA DIPENDENZE BASSA FRIULANA

(D187) SOC AREA DIPENDENZE MEDIO FRIULI

(D196) SOSD RESIDENZA ALCOOLOGICA

(D234) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(C240) DISTRETTO SOCIOSANITARIO AGRO AQUILEIESE

(D197) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO AGRO AQUILEIESE

(C250) DISTRETTO SOCIOSANITARIO FRIULI CENTRALE

(D198) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO FRIULI CENTRALE

(C260) DISTRETTO SOCIOSANITARIO COLLINARE

(D199) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO COLLINARE

(C270) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL TORRE

(D200) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL TORRE

(C280) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DELLA CARNIA

(D201) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DELLA CARNIA

(C290) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL GEMONESE, VAL CANALE, CANAL DEL FERRO

(D202) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO GEMONESE, VAL CANALE, CANAL DEL FERRO

(C300) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL NATISONE

(D203) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL NATISONE

(C310) DISTRETTO SOCIOSANITARIO MEDIO FRIULI

(D204) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO MEDIO FRIULI

(C320) DISTRETTO SOCIOSANITARIO RIVIERA BASSA FRIULANA

(D205) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO RIVIERA BASSA FRIULANA

(1) DIREZIONE GENERALE

(B0) DIREZIONE GENERALE

(C000) DIREZIONE GENERALE

(D001) SOC PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA ***Cristina Barazzutti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	20,00	20,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H17) Trasmissione alla SOC Libera Professione report attività e tempi di attesa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza n. 3 report		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(H44) Pubblicazione su OSLO della reportistica dell'attività ambulatoriale dei tempi di attesa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Reportistica disponibile su OSLO entro il 30/06/2025		Entro il 30/06/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza** ***Peso***	**Comparto** ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(1) DIREZIONE GENERALE

(B0) DIREZIONE GENERALE

(C000) DIREZIONE GENERALE

(D002) SOC AVVOCATURA E ASSICURAZIONI ***Laura Baggio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	15,00	15,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	15,00	15,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H23) Miglioramento organizzativo in tema di gestione dei sinistri di responsabilità sanitaria, in particolare di quelli sopra soglia denunciati alla Compagnia di Assicurazioni e sotto il profilo delle transazioni				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione di una proposta di vademecum contenente criteri specifici e oggettivi per la liquidazione dei sinistri in via conciliativa e per la gestione dei sinistri soprasoglia		Entro il 31/12/2025	20,00	20,00
(H24) Monitoraggio e ricognizione dei contenziosi in corso e conclusi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione di una report contentente le specifiche dei contenziosi in corso e conclusi, con evidenza degli esiti di maggior rilievo/impatto		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(1) DIREZIONE GENERALE

(B0) DIREZIONE GENERALE

(C000) DIREZIONE GENERALE

(D003) SOC CONTROLLO DI GESTIONE ***Francesco Magris ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G13) Attuazione del regolamento budget centri di Risorsa (Art.7 Comitato di Budget Economico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sulle attività svolte		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H09) Ricognizione dei centri di costo utilizzati dai Responsabili delle Piattaforme Assistenziali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Comunicazione dei centri di costo utilizzabili ai Responsabili		Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
(H32) Predisposizione di un sistema di ticketing per la gestione delle richieste di modifica dei sistemi clinici a gestione interna e delle agende di prenotazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Progettazione e predisposizione per l'avvio di un nuovo sistema di ticketing per le richieste di servizio all'ufficio entro il 31/12/2025		Entro il 31/12/2025	15,00	15,00
(H33) Definizione procedura aziendale per la gestione delle disponibilità ambulatoriale in esaurimento				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta ed implementazione di una procedura operativa unica a livello aziendale per la gestione delle disponibilità ambulatoriali in esaurimento, entro il 31/12/2025		Entro il 31/12/2025	15,00	15,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(1) DIREZIONE GENERALE

(B0) DIREZIONE GENERALE

(C000) DIREZIONE GENERALE

(D004) SOSD MEDICINA LEGALE DELLA RESPONSABILITA' SANITARIA ***Carlo Moreschi***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A75_1) 1.Volumi attività				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura pareri medico legali	fonte dati SOSD	95% dei pareri redatti entro i termini	10,00	40,00
(A75_2) 2.Volumi attività				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione alle CTU	fonte dati SOSD	>= 15	10,00	
(A75_3) 3.Volumi attività				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Attività di supporto medico legali	fonte dati SOSD	>= 50	10,00	
(A75_4) 4.Volumi attività				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Accertamenti di morte cerebrale	fonte dati SOSD	>= 5	10,00	
(A76) Assicurare la raccolta delle relazioni sui fatti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Verifica della completezza delle relazioni		2 report	20,00	40,00
AREA: [B] Accountability				
(B60) Formazione medico legale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
n. eventi formativi		>= 1	20,00	20,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C19) Attività di verifica e controllo SDO				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione alle sedute di controllo	In collaborazione con SOSD Nucleo Controlli Qualità e appropriatezza prescrizioni	>= 5	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A77) Garantire i percorsi formativi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza percorsi formativi svolti	Attività di docenza svolta	2 report	10,00	10,00
(A78) Analisi Infortuni Traumatici e Biologici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della relazione sull'attività svolta secondo procedura in atto		Entro il 15/2/2026	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A79) Garantire il campionamento potabile e della legionella osservando le precauzioni necessarie alla tutela della salute per operatori e pazienti.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dei campionamenti per tutta ASUFC		2 report	10,00	10,00
(A80) Realizzare Sopralluoghi in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di almeno 10 sopralluoghi svolti		Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B61) Aggiornamento delle seguenti Procedure: - Procedura Piani di Campionamenti Acque; - Infortuni;				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza procedure aggiornata disponibile nella sezione documenti dell'intranet aziendale		Entro il 31.12.2025	20,00	20,00
(B62) Predisposizione procedura e bozza Decreto Applicazione Rentri				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione proposta alla Direzione	RENTRI : strumento su cui il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica fonda il sistema di tracciabilità dei rifiuti e prevede la digitalizzazione dei documenti relativi alla movimentazione e al trasporto dei rifiuti.	Entro il 31.07.2025	10,00	10,00
(B63) Realizzare le attività propedeutiche alla visita di accreditamento				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione della documentazione prevista		Entro le scadenze previste	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(1) DIREZIONE GENERALE

(B0) DIREZIONE GENERALE

(C000) DIREZIONE GENERALE

(D006) SOSD SORVEGLIANZA SANITARIA ***Ilaria Rosa***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A81) Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età lavorativa, al fine di identificare precocemente e inviare a terapia gli individui affetti da malattia CV per prevenire sia eventi CV che insorgenza di altre malattie croniche non trasmissibili {1.10.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Sommistrazione di almeno 150 schede per la valutazione del rischio CV, secondo il punteggio SCORE2 e le linee guida europee dei lavoratori visitati dal medico competente	fonte dati SOSD	>= 150	20,00	20,00
(A82) Effettuare, a seguito della valutazione del rischio, visite presso CAT, visite cardiologiche, visite in Nutrizione clinica, AFA, visite psichiatriche e visite fisiatriche				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Numero di visite	fonte dati SOSD	>= 200	10,00	10,00
(A83) Effettuare i controlli laboratoristici degli esposti a rischio dopo incidente bio secondo procedura in atto				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Numero di controlli	fonte dati SOSD	>= 100	10,00	10,00
(A84) Realizzare interventi di immunizzazione degli OS per la prevenzione ed il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino (MPRVeEPB)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettuazione della valutazione dei titolo anticorpale a tutti gli operatori sanitari in visita preassuntiva		100% operatori sanitari neoassunti valutati	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	20,00	20,00
(C21_1) 1.Standardizzazione delle indicazioni preventive per le seguenti aree di rischio: movimentazione manuale carichi e posture, lavoro notturno, rischio biologico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della formalizzazione delle linee operative		Entro il 30.6.2025	15,00	15,00
(C21_2) 2.Standardizzazione delle indicazioni preventive per le seguenti aree di rischio: movimentazione manuale carichi e posture, lavoro notturno, rischio biologico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di incontri per la discussione dei livelli di aderenza alle linee operative		Evidenza verbali incontri	15,00	15,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C010) DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

(D007) SOC AFFARI GENERALI E ORGANIZZAZIONE ***Aurelio Ferrari***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	15,00
(G12) Progettazione applicazione (app) aziendale fruibile da smartphone per il personale ASUFC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione con evidenza delle attività svolte e dei risultati conseguiti		Entro il 31/01/2026	15,00	
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F05) Nuovo regolamento incarichi extra istituzionali art.53 DLgs 165/2001				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta di regolamento entro il 31.10.2025		Entro il 31/10/2025	15,00	15,00
(F06) Call per Organizzazioni di Volontariato, Enti del Terzo Settore o altri Enti convenzionati per verifica disponibilità a svolgere l'attività di volontariato per accogliere gli utenti nelle principali sedi aziendali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione con evidenza delle attività svolte e risultati raggiunti nel 2025		Entro il 31/01/2026	10,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	5,00	5,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H13) Ricognizione del processo di aggiornamento degli assistiti in carico a medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta nel sistema di gestione della anagrafe sanitaria				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Documento contenente analisi del processo e delle conseguenze giuridiche ed economiche di aggiornamenti tardivi, con proposte di soluzione intese alla tempestività degli aggiornamenti		Entro il 31/01/2026	15,00	15,00
(H14) Adozione di procedura di verifica del calcolo del premio di operosità per gli specialisti ambulatoriali mediante simulazione dell'importo da liquidare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Documento descrittivo del modello di simulazione adottato e della relativa procedura di impiego; aggiornamento della check list propedeutica alla liquidazione		Entro il 31/01/2026	15,00	15,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F02) Partecipazione corso di formazione in materia di prevenzione corruzione e aspetti etici dedicato all'area Risorse Umane				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Almeno il 50% dei dipendenti della struttura partecipa nell'anno 2025		Entro il 31/01/2026	5,00	5,00
(F04) Nuova regolamentazione Lavoro agile				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta nuova regolamentazione prodotta dal gruppo di lavoro con SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali, coordinato dalla SOC Reclutamento e Trattamento Giuridico Risorse Umane		Proposta di Regolamento entro il 30/11/2025	10,00	10,00

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C010) DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

(D008) SOC RELAZIONI SINDACALI E APPLICAZIONI CONTRATTUALI ***Angela Zanello***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [E] Piano Annuale				
(E12) Avvio delle Aggregazioni Funzionali Territoriali come previsto da ACN 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta accordo aziendale per il funzionamento delle aggregazioni funzionali territoriali		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	15,00	15,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H15) Attivazione in via sperimentale di una stuttura sanitaria intermedia a responsabilità territoriale qualificata "Ospedale di Comunità" ai sensi del DM 77/2022 presso l'ASP Opera Pia Coianiz di Tarcento				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza adozione decreto del Direttore Generale ASUFC di attivazione della struttura mediante atto convenzionale con l'ASP Opera pia Coianiz di Tarcento. Gestione amministrativa e contabile della convenzione nell'anno 2025		Entro il 31/12/2025	20,00	20,00
AREA: [E] Piano Annuale				
(E08) Partecipazione attività propedeutiche all'accreditamento definitivo dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione ad almeno 2 incontri su indicazione della DCS		Entro il 31/12/2025	5,00	5,00
(E10) Realizzazione della sperimentazione 'Domiciliarità comunitaria' (1964/2021 e DGR 1376/2024)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione e supporto tecnico amministrativo alla realizzazione della sperimentazione "Domiciliarità comunitaria".		Evidenza relazione attività entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C010) DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

(D009) SOC GESTIONE AMMINISTRATIVA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E TERRITORIALE ***Massimo Di Giusto ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [E] Piano Annuale				
(E18) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Supporto tecnico amministrativo alla predisposizione dei protocolli di funzionamento dell'UVM, comuni all'ASS e agli ATS di competenza territoriale		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C010) DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

(D010) SOSD GESTIONE AMMINISTRATIVA RICERCA, SPERIMENTAZIONI E PROGETTI FINANZIATI ***Samantha Gomboso***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	30,00	30,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H36) In linea con quanto richiesto da AIFA, verifica dei sistemi elettronici - EMA Guideline e analisi e definizione dei percorsi di valutazione del rischio				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione dell'attività svolta, con evidenza dell'analisi dei possibili percorsi di valutazione del rischio		Entro il 31/01/2026	30,00	30,00
AREA: [E] Piano Annuale				
(E14) Gli enti del SSR, successivamente all'adozione di linee di indirizzo da parte di ARCS di concerto con la DCS, organizzano i percorsi aziendali per la presentazione degli studi, compreso il supporto per i profili inerenti la tutela della riservatezza e la tempestiva raccolta del consenso informato e propongono un regolamento e istruzioni operative in cui vengono disciplinati in maniera chiara e trasparente i percorsi e i tempi da assicurare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione finale con evidenza dell'attività svolta		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(E15) Gli Enti del SSR inviano trimestralmente ad ARCS un report con lo stato dell'arte degli studi attivi nelle Aziende Sanitarie e IRCCS regionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione finale con evidenza dell'invio dei report al 31.12.2025		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
(G10) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni". Relazione con evidenza delle attività svolte.		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H29) Progettazione Corso Multidisciplinare Formazione Neoassunti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presentazione del progetto di corso con definizione moduli, docenti interni e materiali predisposti		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F07) Organizzazione corso di formazione in materia di prevenzione corruzione e aspetti etici dedicato all'area Risorse Umane				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione finale dell'attività svolta nel 2025		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
AREA: [E] Piano Annuale				
(E03) Relazione annuale della attività formative				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della redazione ed invio alla DCS della Relazione annuale sulle attività formative 2024		Entro il 31/01/2026	5,00	5,00

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C010) DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

(D011) SOSD FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO ***Aurelio Ferrari ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [E] Piano Annuale				
(E05) Formazione sanitaria specifica sulla prevenzione delle malattie infettive in generale, e nello specifico sulla prevenzione delle ICA e delle principali malattie infettive degli animali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Inserimento negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, (anche in collaborazione con le altre ASL) per medici, veterinari e farmacisti sulla prevenzione delle malattie infettive in generale, e nello specifico sulla prevenzione delle ICA e delle principali malattie infettive degli animali		Entro il 31/12/2025	5,00	5,00
(E06) Organizzazione di almeno due eventi Aziendali accreditati ECM e finalizzati alla formazione e sensibilizzazione in ambito di farmacovigilanza.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Numero eventi di farmacovigilanza rendicontati in occasione delle riunioni semestrali di farmacovigilanza organizzate dal CRFV ? 2		Entro il 31/12/2025	5,00	5,00
(E07) Rete neonatologica e punti nascita				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Organizzazione di un evento, anche congiunto, per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti nel trasporto di emergenza neonatale.		Entro il 31/12/2025	5,00	5,00
(E13) Avvio di eventi formativi sulle specifiche attività/programmi dalla Rete Cure Sicure FVG per le strutture residenziali per non autosufficienti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Realizzazione di almeno due eventi formativi indirizzati al Direttore Sanitario/Coordinatore delle strutture residenziali per non autosufficienti		Entro il 31/12/2025	5,00	5,00
(E17) Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura del Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale e sua trasmissione alla DCS Eventuale aggiornamento del Piano Formativo Aziendale (PFA) a seguito della pubblicazione del Piano Formativo Regionale (PFR)		Entro il 31/01/2026	5,00	5,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C020) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO AZIENDALE

(D012) SOC RECLUTAMENTO E TRATTAMENTO GIURIDICO RISORSE UMANE ***Rossella Tamburlini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G10) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni". Relazione con evidenza delle attività svolte.		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H22) Predisposizione proposta Regolamento unico aziendale per la disciplina delle trasferte dei dipendenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro, coordinato dalla SOC TERU.		Proposta di Regolamento entro il 30/06/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
(H42) Emissione nuovi badge e definizione cronoprogramma per la consegna				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sull'attività svolta nel 2025		Entro il 31/01/2026	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F01) Controllo preventivo delle dichiarazioni di inconferibilità ai dipendenti assegnatari di incarico di Direttore di SOC/SOSD Area Tecnico Amministrativa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Acquisizione delle dichiarazioni e trasmissione dell'elenco delle procedure di assegnazione degli incarichi, al fine di consentire il controllo a campione		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(F03) Partecipazione corso di formazione in materia di prevenzione corruzione e aspetti etici dedicatoa all'Area Risorse Umane				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Almeno il 50% dei dipendenti della struttura partecipa nell'anno 2025		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C020) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO AZIENDALE

(D012) SOC RECLUTAMENTO E TRATTAMENTO GIURIDICO RISORSE UMANE ***Rossella Tamburlini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F04) Nuova regolamentazione Lavoro agile				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta nuova regolamentazione prodotta dal gruppo di lavoro con SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali, coordinato dalla SOC Reclutamento e Trattamento Giuridico Risorse Umane		Proposta di Regolamento entro il 30/11/2025	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C020) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO AZIENDALE

(D013) SOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E FISCALE ***Nives Di Marco***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	5,00	
(G02) Azioni di monitoraggio andamento Indice Tempestività Pagamento per Centro di Responsabilità aziendale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborazione risultati per CdR entro 60 gg dal 31/03, 30/6, 30/9 e 31/12 ed inoltro a Direttore Amministrativo e ai CdR monitorati		1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 31/08/2025 3) Entro il 30/11/2025 4) Entro il 28/02/2026	20,00	15,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	5,00	5,00
(G04) Corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma per la Certificazione Crediti riducendo la differenza tra il debito scaduto comunicato e quello calcolato dalla Piattaforma per la Certificazione Crediti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza nei report periodici (al 30/3, al 30/6 e al 30/9) del corretto allineamento e dello smaltimento dello stock di debito rilevato dalla PCC.		1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/07/2025 3) Entro il 31/10/2025	20,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	20,00	30,00
(G11) Elaborazione scadenziari per Centro di Responsabilità				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione con evidenza del numero di scadenziari prodotti		Entro il 31/01/2026	10,00	20,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H43) Nuovo modello richiesta emissione Ordinativi di pagamento diversi da fattura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sull'utilizzo diffuso nei servizi aziendali		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C020) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO AZIENDALE

(D014) SOC TRATTAMENTO ECONOMICO RISORSE UMANE ***Donatella Fiappo***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	30,00	30,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H37) Prosecuzione analisi partite pregresse sospese per specifiche posizioni individuali verso personale dipendente, in collaborazione con GEFF				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione delle attività svolte nel 2025		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F02) Partecipazione corso di formazione in materia di prevenzione corruzione e aspetti etici dedicato all'area Risorse Umane				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Almeno il 50% dei dipendenti della struttura partecipa nell'anno 2025		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
(G10) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni". Relazione con evidenza delle attività svolte.		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H03) Verifica e aggiornamento dei documenti di gara in seguito al correttivo del D.lgs. 36/2023 entrato in vigore dal 01/01/2025				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Aggiornamento dei documenti utilizzati da tutta la SOC Approvvigionamento Beni e Servizi per le procedure di acquisizione di forniture e servizi		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F08) Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sugli esiti del monitoraggio		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [E] Piano Annuale				
(E04) Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Gli Enti danno seguito alle attività concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta che sarà allegata al verbale dell'incontro		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(E11) Valutazione del fabbisogno per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29.12.2022				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione di una relazione con la descrizione delle attività sanitarie svolte, unitamente al dettaglio (tipologia, quantità e costo stimato) del fabbisogno di beni mobili e tecnologici per tutte le strutture 'Case della comunità', 'Punti Salute di Comunità' e 'Ospedali di Comunità' - sia PNRR che 'extra' PNRR ' previste dal Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale approvato con DGR n.2042 del 29.12.2022. L'invio dovrà includere il nulla osta di ARCS sulla coerenza e omogeneità del contenuto con la programmazione sanitaria regionale e sulla congruità tecnica ed economica delle tecnologie proposte.		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C030) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO

(D016) SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-IMFR GERVASUTTA ***Francesco Magris ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività			
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00
	Modificato in monitoraggio		
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00
	Modificato in monitoraggio		
(G10) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni". Relazione con evidenza delle attività svolte.		Entro il 31/12/2025	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura			
(H02) Realizzazione corsi di formazione sulle tematiche della privacy			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
8 edizioni entro dicembre 2025		8 edizioni entro il 31/12/2025	10,00
(H06) Avvio presso il CUP UD attività di richiesta e consegna cartelle cliniche			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Evidenza avvio		Entro il 30/06/2025	10,00
(H12) Digitalizzazione archivio delle autocertificazioni esenzione ticket			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Digitalizzazione di almeno 4 annualità		Entro il 31/12/2025	10,00
(H40) Creazione cartella comune tra i reparti di degenza e la Portineria per la gestione informatizzata dei permessi di accesso con l'auto in SMM.			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Relazione sull'attività svolta		Entro il 31/01/2026	10,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione			
(F09) Gestione ODV e ETS convenzionate che hanno aderito alla call per disponibilità a svolgere l'attività di volontariato per accogliere gli utenti nei principali sedi aziendali			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Relazione sull'attività svolta nel 2025		Entro il 31/01/2026	
	Stralciato in monitoraggio		

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C030) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO

(D016) SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-IMFR GERVASUTTA ***Francesco Magris ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [E] Piano Annuale			
(E09) Gruppo di lavoro interdisciplinare per la prevenzione del contenzioso in materia di infezioni nosocomiali			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Partecipazione ai lavori del gruppo interdisciplinare per la preparazione della documentazione necessaria x la difesa in giudizio in tema di infezioni nosocomiali (settore della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande)		Entro il 31/12/2025	10,00
(E16) Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Revisione piano della Security		Entro il 31/12/2025	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Comparto
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H10) Aggiornamento/creazione della pagina internet relativa alla rinuncia volontaria di ricovero programmato				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Creazione dei contenuti condivisi con le SOC afferenti al Dipartimento Amm.vo dei Presidi della pagina internet del sito istituzionale		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(H21) Aggiornamento della pagina internet relativa alle varie tipologie di ticket				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Modifica/integrazione dei contenuti delle specifiche pagine del sito internet istituzionale a livello aziendale		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(H25) Predisposizione del format delle pagine internet relative alle attività e servizi dei Cup inerenti i presidi e i distretti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione format valido a livello aziendale entro il 31.12.2025		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(H27) Funzione DEC macchine riscuotitrici e CUP				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione relazione attività 2025		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(H28) Funzione DEC per i servizi di lavanderia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione relazione attività 2025		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F09) Gestione ODV e ETS convenzionate che hanno aderito alla call per disponibilità a svolgere l'attività di volontariato per accogliere gli utenti nei principali sedi aziendali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sull'attività svolta nel 2025		Entro il 31/01/2026		
	Stralciato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C030) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO

(D018) SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO S.DANIELE-TOLMEZZO ***Francesco Magris ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H16) Attività addebito prestazioni eseguite presso l'Ospedale di Tolmezzo per rinuncia utente ad eseguire intervento di cui ha dato il consenso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza degli addebiti		Entro il 31/12/2025	20,00	20,00
(H26) Funzione DEC Attività di scarto/archiviazione della documentazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione relazione attività 2025		Entro il 31/01/2026	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
(H39) Ricognizione spazi di archivio ' archiviazione esternalizzata atti giacenti presso la Direzione Amministrativa di presidio di S.Daniele del Friuli o scarto della relativa documentazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione entro il 31/12/2025		Entro il 31/12/2025	15,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F09) Gestione ODV e ETS convenzionate che hanno aderito alla call per disponibilità a svolgere l'attività di volontariato per accogliere gli utenti nei principali sedi aziendali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sull'attività svolta nel 2025		Entro il 31/01/2026		
	Stralciato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C030) DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO

(D019) SOC LIBERA PROFESSIONE E PRESTAZIONI IN CONVENZIONE ***Francesco Magris ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	5,00	5,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	5,00	5,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H30) Piano dei controlli sull'attività libero professionale degli specialisti ambulatoriali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presentazione proposta entro il 30.09.2025		Entro il 30/09/2025	15,00	15,00
(H31) Proposta di procedura sull'assistenza sanitaria ai pazienti stranieri				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presentazione proposta entro il 31.12.2025		Entro il 31/12/2025	30,00	30,00
(H35) Valutazione adeguamento tariffe LP a seguito dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione attività svolta al 31.12.2025		Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F10) Attuazione Piano dei Controlli Libera Professione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Svolgimento delle attività di controllo secondo nuove modalità e presentazione relazione all'OPV		Entro il 31/01/2026	15,00	15,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D020) SOC GESTIONE PATRIMONIALE IMMOBILI, INVESTIMENTI E PROGETTI SPECIALI ***Ermes Greatti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H11) Pianificazione di una gestione orientata al BIM come previsto dalla normativa. Standardizzazione dei processi e dell'ambiente. Condivisione delle informazioni ed ottimizzazione della fase di gestione dell'opera				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione dell'atto organizzativo e del piano di formazione	In collaborazione con le altre SOC del Dpt Tecnico	Stesura di un disciplinare di gara sopra soglia che preveda la progettazione di un'opera con la metodologia BIM, entro il 30/06/2025	10,00	10,00
(H48) Intervento di realizzazione elisuperficie (perizia variante Pad. 15 b - III e IV lotto)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Ultimazione montaggio strutture piattaforma entro il 31.12.2025		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F08) Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sugli esiti del monitoraggio		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D020) SOC GESTIONE PATRIMONIALE IMMOBILI, INVESTIMENTI E PROGETTI SPECIALI ***Ermes Greatti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [E] Piano Annuale				
(E01) Programma preliminare degli investimenti (PPI)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Adozione e trasmissione al NVISS del Programma preliminare degli investimenti completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti.		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(E02) Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture 'Case della comunità', 'Punti Salute di Comunità' e 'Ospedali di Comunità" (PNRR)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
1) Predisposizione di una relazione con la descrizione del fabbisogno di beni mobili e tecnologici per tutte le strutture. (9.6.5.a) 2) Trasmissione della proposta di aggiornamento della Programmazione Preliminare degli Investimenti 2025, per l'inserimento di linee di investimento dedicate al fabbisogno tecnologico oggetto della relazione di cui all'obiettivo 9.6.5.a, non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale. (9.6.5.b)		1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/07/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H04) Monitoraggio degli interventi di investimento.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Aggiornamento trimestrale del gannt degli investimenti		1) Entro il 30/04/2025 2) Entro il 31/07/2025 3) Entro il 31/10/2025 4) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(H11) Pianificazione di una gestione orientata al BIM come previsto dalla normativa. Standardizzazione dei processi e dell'ambiente. Condivisione delle informazioni ed ottimizzazione della fase di gestione dell'opera				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione dell'atto organizzativo e del piano di formazione	In collaborazione con le altre SOC del Dpt Tecnico	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
(H45) Definizione del fascicolo tecnico digitale "tipo" al fine di uniformare la raccolta e l'archiviazione della documentazione finalizzata a garantire la transizione verso la gestione digitale degli asset (BIM).				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riorganizzazione delle informazioni progettuali e tecniche in funzione della gestione orientata al BIM, e predisposizione di un ambiente "tipo" di gestione informativa.		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(H47) Conclusione dell'intervento "Adeguamento impiantistico, antincendio e riqualificazione funzionale del P.O.S. di Gemona del Friuli - 1° lotto"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Ultimazione lavori entro il 31.12.2025		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D021) SOC SERVIZI MANUTENTIVI ALTO FRIULI ***Maria Camilla Bortolotti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F08) Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sugli esiti del monitoraggio		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D022) SOC SERVIZI MANUTENTIVI MEDIO FRIULI ***Elena Moro***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	10,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H11) Pianificazione di una gestione orientata al BIM come previsto dalla normativa. Standardizzazione dei processi e dell'ambiente. Condivisione delle informazioni ed ottimizzazione della fase di gestione dell'opera				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione dell'atto organizzativo e del piano di formazione	In collaborazione con le altre SOC del Dpt Tecnico	Entro il 30/06/2025	15,00	15,00
(H18) Fascicolo digitale del fabbricato: identificazione della documentazione di legge/norma utile alla gestione del patrimonio immobiliare attraverso il processo di archiviazione digitale e BIM.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Individuazione del format da utilizzare con redazione di un cruscotto esplicativo e sperimentazione	Sul padiglione 01, 09 e 19	Entro il 31/12/2025	10,00	15,00
(H46) Intervento SPDC pad 8				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Ultimazione lavori entro 30.06.2025		Entro il 30/06/2025	15,00	10,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F08) Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sugli esiti del monitoraggio		Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza** ***Peso***	**Comparto** ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	20,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	15,00	15,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H08) Collaudo Ospedale di Comunità di Codroipo				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Completamento dell'intervento		Entro il 31/07/2025	10,00	20,00
(H11) Pianificazione di una gestione orientata al BIM come previsto dalla normativa. Standardizzazione dei processi e dell'ambiente. Condivisione delle informazioni ed ottimizzazione della fase di gestione dell'opera				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione dell'atto organizzativo e del piano di formazione	In collaborazione con le altre SOC del Dpt Tecnico	Entro il 31/12/2025	15,00	15,00
(H18) Fascicolo digitale del fabbricato: identificazione della documentazione di legge/norma utile alla gestione del patrimonio immobiliare attraverso il processo di archiviazione digitale e BIM.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Individuazione del format da utilizzare con redazione di un cruscotto esplicativo e sperimentazione	Su Ospedale di Palmanova	Entro il 31/12/2025	10,00	20,00
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F08) Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sugli esiti del monitoraggio		Entro il 31/01/2026	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	10,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(G07) Rispetto Indice Tempestività dei pagamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
ITP ASUFC =<0		Indice Tempestività dei pagamenti=<0	10,00	10,00
(G09) Monitoraggio Budget di Risorsa (attuazione nuovo Regolamento)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio e proiezioni trimestrali per rendicontazioni infrannuali (dal secondo trimestre) da inviare alla Direzione Amministrativa e alla SOC GEFF		1) Entro il 15/07/2025 2) Entro il 15/10/2025	10,00	10,00
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H05) Nuova metodologia per la programmazione del fabbisogno di tecnologie sanitarie				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Applicazione della nuova metodologia al processo di programmazione del fabbisogno di tecnologie sanitarie		Entro il 31/01/2026	10,00	20,00
(H07) Intervento di investimento "Sistema per la deambulazione robotizzata IMFR Gervasutta"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaudo della tecnologia		Entro il 31/12/2025	10,00	20,00
(H34) Implementazione delle soluzioni tecnologiche relative a Digital Pathology, Oculistica, Dermatologia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione relativa alla realizzazione delle attività svolte nel 2025 di: - analisi - implementazione - collaudo		Entro il 31/12/2025	10,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [F] Piano Integrato Attività e Organizzazione				
(F08) Monitoraggio annuale relativo ai primi operatori economici per numero di provvedimenti, sulla base dei dati presenti su Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici ANAC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sugli esiti del monitoraggio		Entro il 31/01/2026	10,00	

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D024) SOC INGEGNERIA CLINICA ***Riccardo Zangrando***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [E] Piano Annuale				
(E02) Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture 'Case della comunità', 'Punti Salute di Comunità' e 'Ospedali di Comunità" (PNRR)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
1) Predisposizione di una relazione con la descrizione del fabbisogno di beni mobili e tecnologici per tutte le strutture. (9.6.5.a) 2) Trasmissione della proposta di aggiornamento della Programmazione Preliminare degli Investimenti 2025, per l'inserimento di linee di investimento dedicate al fabbisogno tecnologico oggetto della relazione di cui all'obiettivo 9.6.5.a, non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale. (9.6.5.b)		1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/07/2025	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	10,00	
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	10,00	
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	
(G10) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni". Relazione con evidenza delle attività svolte.		Entro il 31/12/2025	10,00	
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H01) Sistema UFA ' Attivazione della prenotazione degli allestimenti presso l'Unità Farmaci Antiblastici (SOC Farmacia Udine) dai reparti di ASUFC interessati				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
1 reparto entro il 30.06.2025, almeno 5 entro il 31.12.2025		1) 1 reparto entro il 30/06/2025 2) 5 reparti entro il 31/12/2025	10,00	20,00
(H19) PNRR ' M6.C2 ' 1.1.1. DEA di livello I e II: declinazione Sistema NAC - Network Access Control ASUFC. Avviamento del sistema di controllo della connessione in rete dei dispositivi autorizzati o meno, già contrattualizzato con lo strumento CONSIP AQ 2367 ' Cybersecurity 2 Lotto 2				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Installazione entro il 30.06.2025		Entro il 30/06/2025	10,00	20,00
(H20) PNRR Missione 1 C1 I1.5 - CyberSecurity (Progetto DCSPSeD RA FVG) Supportare la Regione FVG e INSIEL nella realizzazione delle iniziative in tema di cyber security, a partire dalle azioni di incremento della consapevolezza (awareness) sul tema, e in particolare sul phishing (la truffa nella quale un malintenzionato cerca di ingannare la vittima convincendola a fornire informazioni personali fingendosi un ente affidabile in una comunicazione digitale)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
La SOC TICeAD partecipa alle iniziative promosse dalla DCSPSeD in tema awareness - entro il 30.06 è prodotto un report sull'adesione del personale ASUFC ai corsi di awareness messi a disposizione; - entro il 31.12 è prodotto un report sull'efficacia e adesione alle campagne di sensibilizzazione sul phishing		1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(H38) PNRR M6C2-1.1.1 DEA di livello I e II: Progetto Regionale Digital Pathology - Evoluzione del Sistema APSYS per la realizzazione di una piattaforma integrata di Telepatologia e Digital Pathology.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sulle attività svolte da cui si evince la messa in rete dei device previsti, nel rispetto della tempistica regionale		Entro il 31/12/2025	10,00	20,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [H] Ulteriori obiettivi proposti dalla Struttura				
(H41) Cybersecurity: La struttura presidia le soluzioni tecniche in gestione, funzionali a contribuire alla conformità in ambito cybersecurity				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Relazione sull'attività svolta e sullo stato dell'arte delle soluzioni al 31.12		Entro il 31/01/2026	10,00	20,00
AREA: [E] Piano Annuale				
(E02) Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture 'Case della comunità', 'Punti Salute di Comunità' e 'Ospedali di Comunità" (PNRR)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
1) Predisposizione di una relazione con la descrizione del fabbisogno di beni mobili e tecnologici per tutte le strutture. (9.6.5.a) 2) Trasmissione della proposta di aggiornamento della Programmazione Preliminare degli Investimenti 2025, per l'inserimento di linee di investimento dedicate al fabbisogno tecnologico oggetto della relazione di cui all'obiettivo 9.6.5.a, non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale. (9.6.5.b)		1) Entro il 30/06/2025 2) Entro il 31/07/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(2) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(B1) DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(C040) DIPARTIMENTO TECNICO

(D026) SOSD GESTIONE AMMINISTRATIVA AREA TECNICO-TECNOLOGICA ***Ermes Greatti ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [G] Aggiornamento e miglioramento processi gestionali e linee di attività				
(G01) Aggiornamento della macro-mappatura dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Compilazione format entro il 31 luglio (dati al 30 giugno)		Entro il 31/07/2025	20,00	20,00
(G03) Definizione fabbisogno formativo del personale della struttura				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mappatura		Entro il 30/11/2025	30,00	30,00
(G06) Individuazione di una o più possibili azioni di miglioramento da implementare nel 2025, per l'efficientamento dei processi gestionali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) Entro il 16.06.2025 delle azioni individuate (40%) 2) Entro il 15.11.2025 dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) Entro il 31.01.2026 dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)		1) Entro il 16/06/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	50,00	50,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(3) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(B2) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(C002) DIREZIONE SOCIO SANITARIA

(D028) SOC DISABILITA' ***Massimo Di Giusto ad interim***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A100) Rivalutazione delle persone con disabilità in carico con Q-VAD {3.3.b.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% persone in carico valutate con Q-VAD e relativi dati inseriti nel sistema informatico dedicato		100%	20,00	20,00	
(A101_1) 1.Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità {3.3.1.d.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Collaborazione alla stesura del piano aziendale di controllo odontoiatrico nelle comunità che ospitano gravi disabili	In collaborazione con SOSD Odontoiatria	Entro 30.06.2025	10,00	10,00	
(A101_2) 2.Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità {3.3.1.d.2}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Avvio applicazione piano di controllo odontoiatrico nelle comunità che ospitano gravi disabili		Entro 30.10.2025	10,00	10,00	
(A102) Mappatura del sistema dell'offerta e dei bisogni della popolazione in carico ai serivizi e agli ATS					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza documento condiviso con gli ATS		Entro 31.12.2025	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B76) Formazione con corso FAD Q-VAD e abilitazione al sistema informatico dedicato del personale della SOC disabilità {3.3.b.2}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% personale SOC Disabilità formato e abilitato		50%	10,00	10,00	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa					
(C30) Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ') per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva {3.3.1.c.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	In collaborazione DAO e DAT	Entro 31.12.2025	20,00	20,00	
(C29_3) 3.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Trasmissione alla DCS e ad ARCS di una procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	In collaborazione DAO	Entro 31.10.2025	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza			
(A103) Garantire il processo di transizione volto all'aggiornamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo relativo al passaggio di competenze degli interventi e dei servizi di cui all'articolo 17, comma 1 della legge regionale 16/2022, in quanto riconducibili ai livelli essenziali di assistenza			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Report sulle attività previste dal cronoprogramma approvato dall'atto d'intesa		Entro 31.12.2025	20,00
(A104) Garantire l'integrazione sociosanitaria a favore dei minori e delle famiglie rivedendo il processo di presa in carico alla luce della nuova organizzazione sovra distrettuale: SOSC Minori e Famiglie (MF) SOC NPI			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Evidenza del n. UVM congiunte per minori		Entro 31.12.2025	15,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa			
(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale		Entro 31.12.2025	20,00
	Modificato in monitoraggio		
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Evidenza delle UVM per FAP per gravissima disabilità		Entro 31.12.2025	20,00
(C31) Revisione/aggiornamento del modello organizzativo del SSC			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Comparto***
Evidenza del modello organizzativo di ogni SSC approvato dall'Assemblea dei Sindaci di Ambito		Entro 31.12.2025	25,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Comparto
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D029) CENTRO REGIONALE TRAPIANTI ***Roberto Peressutti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A85) Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta (DLCA) e SDO con codici ICD-9 CM {4.3.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della trasmissione semestrale dei dati per verifica ai Coordinamenti ospedalieri Procurement (COP)		2 report trasmessi ai COP	20,00	20,00
(A86) Percentuale di AMC sul totale dei pazienti con cerebrolesione in T.I. {4.3.e}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del monitoraggio	Target > o uguale 30%	1 report di monitoraggio entro il 31/12/2025	20,00	20,00
(A87) Attività di supporto psicologico rivolto a pazienti e familiari				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Mantenimento numero di colloqui-prestazioni	Dato 2024: 658 Dato 2023: 525	>= 658	20,00	20,00
(A88) Incremento donazioni cornee {4.3.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un report di monitoraggio per stabilimento ospedaliero		1 report entro il 31/12/2025	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B66) Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017 su organizzazione dei Coordinamenti locali Ospedalieri per il Procurement (COP) {4.3.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della relazione annuale trasmessa dalle COP		Entro il 31.12.2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D033) SOC ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISCHIO CLINICO ***Silvio Brusaferro***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A89) Monitorare lo stato di avanzamento dei programmi sulla qualità delle cure in corso attribuiti alle SOC aziendali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report di monitoraggio sugli obiettivi assegnati alle strutture ed inseriti nelle schede di performance organizzativa 2025		Entro il 15.09.2025 e al 31.1.2026	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B67) Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES) {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle azioni di miglioramento della scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa per gli eventi specificati (errore trasfusionale; morte/coma grave danno da terapia farmacologica; morte materna o grave danno durante la gravidanza, travaglio e/o parto; morte o grave danno in neonato sano)		Relazione entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B68) Effettuazione del monitoraggio degli indicatori {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicatori AHRQ - Evidenza delle modalità di condivisione dei dati con le SOC interessate		Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B69_1) 1.Lotta alle resistenze antibiotiche {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'effettuazione dello studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (PPS-ECDC) negli ospedali per acuti		Trasmissione dati a Rete Cure Sicure entro il 30.11.2025	10,00	10,00
(B69_2) 2.Lotta alle resistenze antibiotiche {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del report sulla sorveglianza incidenza sulle infezioni del sito chirurgico secondo indicazioni regionali		Attivazione sorveglianza per l'anno 2025 nel periodo settembre - novembre	10,00	10,00
(B70) Prevenzione della Scabbia nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione protocollo operativo aziendale		Entro il 30.11.2025	20,00	20,00
(B71) Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2015				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettuazione della survey di prevalenza da parte delle strutture indicate nel protocollo regionale con modalità e tempi previsti dallo stesso entro il 30 giugno		Partecipazione alla survey di prevalenza entro il 30 giugno	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C22) Integrazione delle azioni di rischio clinico tra ospedale e territorio				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Sostegno alla continuità ospedale territorio - Effettuazione di almeno 5 tracer per la valutazione delle buone pratiche tra ospedalie e territorio comprensive di stadard di prevenzione delle ICA		Relazione entro il 31.12.2025 sull'effettuazione di almeno 5 tracer	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D034) SOC COORDINAMENTO REGIONALE MALATTIE RARE ***Maurizio Scarpa***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.533 Anno 2023: 4.355	3.250	25,00	25,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 460 Anno 2023: 445	460	25,00	25,00	
AREA: [B] Accountability					
(B64) Garantire le attività dei progetti di ricerca attivi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
- n. 7 progetti di ricerca - n.10 progetti europei - collaborazione in qualità di partner - n. 2 progetti Regione FVG - (IA- linea A e B)		Evidenza di: - n. 7 progetti di ricerca - n.10 progetti europei - collaborazione in qualità di partner - n. 2 progetti Regione FVG - (IA- linea A e B)	10,00	10,00	
(B65) Attività del Centro di coordinamento Regionale Malattie Rare					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Relazione attività al 31/12		Entro il 15.01.2026	20,00	20,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00	
(D25) Rendere sostenibile l'Impiego dei medicinali fuori indicazione					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Predisporre tempestivamente nei casi d'impiego dei medicinali off label destinati al trattamento di assistiti fuori regione, documentazione prevista dalla procedura aziendale per la trasmissione dell'assenso alla Azienda sanitaria di residenza del paziente anche con il supporto della SOC di Farmacia ospedaliera	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco a fronte della richiesta a campione della documentazione	Evidenza della documentazione per tutti i casi nel secondo semestre 2025	10,00	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D035) SOC ISTITUTO DI IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA ***Luigi Castriotta f.f.***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A90) Fornire consulenze e supporto epidemiologico-statistico alle Strutture di ASUFC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle attività fornite (disponibilità report, analisi effettuate, consulenza su protocolli di ricerca o revisione di pubblicazioni scientifiche)		Almeno 5 consulenze fornite (attività di ricerca)	10,00	10,00
(A91) Fornire le consulenze/elaborazioni dati richieste dalla Direzione aziendale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Disponibilità della reportistica		Almeno 3 elaborazioni effettuate	20,00	20,00
(A92) Monitorare gli indicatori da Linee di Gestione concordati con la SOC Programmazione Attuativa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della trasmissione e disponibilità degli indicatori		Trasmissione alla SOC PA, entro le tempistiche condivise	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B72) Contribuire alla produzione scientifica dell'Azienda				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della sottomissione e/o della pubblicazione su rivista scientifica o su programma congressuale/libro degli abstract		Almeno 3 articoli sottomessi a riviste scientifiche indicizzate su PubMed o abstract inviati a Congressi di Società Scientifiche	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C23) Partecipazione alla Valutazione d'Impatto in provincia di Udine dell'Implementazione del DM77				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stimare la prevalenza per l'anno 2024 delle patologie patologie croniche selezionate nell'ambito del progetto		Disponibilità della reportistica	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D34) Sviluppare in collaborazione con il Dipartimento del Farmaco indicatori per la valutazione clinica e di appropriatezza di specifiche categorie di medicinali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Condivisione set di indicatori di utilizzo corrente		Evidenza di almeno 2 indicatori selezionati	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D036) SOC SERVIZIO PROFESSIONALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA ***Maura Mesaglio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A93_1) 1.Progettazione e realizzazione di moduli formativi - Corso di Formazione per Top/Middle Management secondo progettualità annuale specifica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Risultano erogati almeno 3 moduli formativi (area Modelli organizzativi-Lean Methodology/Economia Sanitaria e cruscotti direzionali/ Formazione e ricerca) in coerenza al Profilo di Ruolo degli incarichi di funzione organizzativa/professionale.		Evidenza documentale entro il 30/09/25	10,00	10,00
(A93_2) 2.Progettazione e realizzazione di moduli formativi - Corso di Formazione per Top/Middle Management secondo progettualità annuale specifica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Risultano erogate almeno 5 edizioni del laboratorio formativo (progettazione turni/orario di lavoro) per Middle Manager.		Evidenza documentale entro il 30/09/25	10,00	10,00
(A93_3) 3.Progettazione e realizzazione di moduli formativi - Corso di Formazione per Top/Middle Management secondo progettualità annuale specifica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Risulta progettato almeno 1 laboratorio formativo (piani di successione) in coerenza al Profilo di Ruolo dei dirigenti delle professioni sanitarie/incarichi di posizione.		Evidenza documentale entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B73) Partecipazione al percorso di Accreditamento JCI (IMFR)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Risulta verificata la validità/effettuata eventuale revisione e diffusione delle procedure a supporto dell'accreditamento JCI - IMFR: - Pianificazione, programmazione e monitoraggio delle presenze del personale (Personale del comparto); - Responsabilità e identificazione del capoturno (Personale del comparto); - Gestione assenze improvvise di personale (Personale del comparto).		Evidenza documentale entro il 31/10/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	10,00	10,00
(C24) Partecipazione alle procedure di collaudo della Cartella Clinica Elettronica Regionale FVG (CCER) - area infermieristico/ostetrica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Risulta garantita la partecipazione al collaudo funzionale e di prodotto sulla base delle convocazioni/calendario del Project Manager		Evidenza della partecipazione al 90% degli incontri	20,00	20,00
(C25) Consulenza sul Modello assistenziale Cartella Clinica Elettronica Regionale FVG (CCER) alle strutture in fase pre-pilota				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
La consulenza sul Modello assistenziale - CCER risulta garantita alle strutture identificate per la fase pilota (Neurologie)		Evidenza documentale entro il 30/06/2025	20,00	20,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D036) SOC SERVIZIO PROFESSIONALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA ***Maura Mesaglio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C26) Progettazione e realizzazione di supporti tecnologici/multidimediali funzionali all'apprendimento/formazione per Top/Middle Management secondo progettualità annuale specifica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Risulta sistematicamente implementata la Piattaforma Informatizzata HTL con materiali didattico-educativi a supporto dello sviluppo delle Funzioni Manageriali per la Direzione Gestionale e Organizzativa (Middle Management)		Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D038) SOSD GESTIONE E SVILUPPO DEI PROCESSI INFRASTRUTTURALI ***David Turello ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A97_1) 1.Gestire e sviluppare i processi di logistica sanitaria secondo le linee definite dalla Direzione Strategica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasferimento/allestimento come da cronoprogramma delle Aree/Strutture di: - Ambulatori Nefrologia - Ambulatori Epatologia		Evidenza delle comunicazioni entro il 31/05/2025	20,00	20,00
(A97_2) 2.Gestire e sviluppare i processi di logistica sanitaria secondo le linee definite dalla Direzione Strategica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Messa a disposizione di Aree/Strutture da cantierare per adeguamento infrastrutturale (evidenza delle comunicazioni): - Pad. 8 - Piano Seminterrato per successivo trasferimento/allestimento SOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) - Pad. 1 - Piano Terra per successivo trasferimento/allestimento Centro Unico di Prenotazione - Pad. 1 - Interrato per successivo trasferimento/allestimento di magazzini di reparto		Evidenza delle comunicazioni entro il 31/12/2025	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B75) Gestire e organizzare i sistemi di controllo sui livelli di qualità dei servizi di pulizia e sanificazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione del Certificato di Regolare Esecuzione alla SOC Approvvigionamento Beni e Servizi		Evidenza della trasmissione mensile del documento	20,00	20,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	20,00	20,00
(C27) Allestimento della nuova area degenze della Cardiologia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione alla SOC Approvvigionamento Beni e Servizi di una mappatura dei materiali ed arredi per l'allestimento della sezione al Pad. 1 piano 1		Entro il 31/05/2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D039) SOSD GOVERNO DEGLI STANDARD CLINICO ASSISTENZIALI ***Roberto Paroni***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A98_1) 1.Aggiornamento del data base degli standard di personale rispetto ai volumi di attività al 31/12/2024 e il PTFP 2025 per le seguenti aree professionali: - infermieristica ed ostetrica - tecnico-diagnostiche e tecnico assistenziali - della riabilitazione - della prevenzione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Data base aggiornato per tutte le aree professionali		Evidenza documentale entro il 31/7/2025	15,00	15,00
(A98_2) 2.Aggiornamento del data base degli standard di personale rispetto ai volumi di attività al 31/12/2024 e il PTFP 2025 per le seguenti aree professionali: - infermieristica ed ostetrica - tecnico-diagnostiche e tecnico assistenziali - della riabilitazione - della prevenzione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio implementazione dei dati nelle cartelle condivise delle SOSD/ Servizi		Evidenza documentale entro il 31/12/2025	15,00	15,00
(A99) Sviluppo di un data base per l'assegnazione e monitoraggio delle ore aggiuntive assegnate alle singole Piattaforma e Servizi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione rendicontazioni agli uffici preposti (trattamento economico risorse umane) alle scadenze individuate in progettazione		Invio rendicontazioni entro le scadenze previste	30,00	30,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Coordinamento di un gruppo di lavoro finalizzato alla definizione del nuovo percorso assunzionale.		Trasmissione alla Direzione Strategica della relativa proposta entro il 31.12.2025	20,00	20,00
(C28) Allineamento dati personale del comparto afferente alle articolazioni organizzative con le schede di performance organizzativa ai fini della corresponsione della variabile collegata				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'attività		Entro il 30/09/2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C003) DIREZIONE SANITARIA

(D040) SOSD NUCLEO CONTROLLO QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI ***Federico Farneti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A94) Appropriatezza prestazioni di ricovero (ordinario e DH) e ambulatoriali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Revisione della procedura aziendale per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero (ordinario e DH) e ambulatoriali per quanto previsto dalla DGR 1006/2023 e dal PA 2024 di ASUFC		Entro il 30/06/2025	20,00	10,00
(A95) Verifica della corretta applicazione dei criteri di codifica previsti per la nuova SDO riabilitativa definiti dalle "Linee di indirizzo per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75)" del Ministero della Salute				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Verifica della corretta applicazione dei criteri di codifica previsti per la nuova SDO riabilitativa secondo le LG nazionali e regionali su campione di ricoveri IMFR: su ricoveri totali anno 2024 e su ricoveri del 1° semestre anno 2025. Applicazione DM 26 settembre 2023, n. 165		1) 12,5% ricoveri 2024 entro 30/06/2025 2) 12,5% ricoveri I sem 2025 entro 31/12/2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A96) Verifiche di appropriatezza correlate alla procedura di valutazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture private convenzionate				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Inviare Report semestrale alla Direzione sanitaria sulle verifiche di appropriatezza con i criteri descritti nel 'Manuale RAO' per un campione di 100 prescrizioni le discipine di cardiologia e oculistica		2 report semestrali	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B74_1) 1.Attività previste dalla DGR 1006/2023 "Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione del Piano annuale dei controlli 2025 sulle prestazioni specialistica ambulatoriale erogate nell'anno 2024		Evidenza del Piano controlli entro il 30/6/2025	20,00	20,00
(B74_2) 2.Attività previste dalla DGR 1006/2023 "Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione degli atti necessari alla modifica della composizione del NAC Aziendale e formulazione della proposta della nuova delibera aziendale.		Evidenza della proposta alla Direzione Sanitaria entro il 30.6.2025	10,00	10,00
(B74_3) 3.Attività previste dalla DGR 1006/2023 "Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Svolgimento dei controlli su cartelle cliniche della CdC Policlinico Città di Udine (controlli analitici casuali e ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, 12,5%) con scadenze: - 31/10/2025 per il 1° semestre di dimissioni DH ed ord. Trasmissione dei verbali alla DS e alla SOC Programmazione attuativa entro le scadenza indicate con evidenza dell'impatto economico.	Le scadenze temporali per le strutture pubbliche sono condizioneate dalla disponibilità delle risorse attribuite alla struttura.	10% campione casuale + 2,5% campione mirato	10,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D041) SOC FARMACIA ALTO FRIULI ***Nicolò Lemessi***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A126) Inserimento cartella condivisa schede farmaci esteri sui desktop aziendali.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza n. schede farmaci esteri inseriti nella cartella condivisa sui desktop aziendali		Entro 31.12.2025	10,00	50,00
(A127) Monitoraggio periodico (quadrimestrale) spesa farmaci oncologia, CNN e per gli usi off-label nuove terapie (giorno 1 /ciclo1)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report inviati ai Direttori delle Strutture di afferenza e per conoscenza al Direttore del DPT Farmaco.		Evidenza report	20,00	
(A128) Aggiornamento e manutenzione degli schedoni dei farmaci per uso ospedaliero e in distribuzione diretta con evidenziazione dei principi attivi maggiormente vantaggiosi per l'Azienda				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'aggiornamento e manutenzione degli schedoni sulla base dei medicinali di recente scadenza brevettuale o aggiornamento biosimilari con indicazione del principio attivo per tutte le SOC abilitate alla prescrizione (screenshot o altro sistema di rilevazione da cui si evinca l'aggiornamento degli schedoni).		Entro 31.12.2025	10,00	
AREA: [B] Accountability				
(B90) Assicurare l'assistenza alle strutture ospedaliere in merito alle attività conseguenti all'accreditamento regionale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del n. di visite ispettive effettuate, di cui almeno 2 in ambito territoriale		>= 6	20,00	50,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT Assistenza Ospedaliera	Entro 31.07.25	10,00	
(D43) Assicurare attività di audit e feedback con le SOC per la verifica dell'andamento del budget assegnato				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte con evidenza degli incontri periodici sui temi della sostenibilità con almeno 4 strutture		Entro 31.12.2025	20,00	
(D44) Gruppo di Lavoro aziendale per il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte		Entro 31.12.2025	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza** ***Peso***	**Comparto** ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D042) SOC FARMACIA BASSA FRIULANA ***Stefano Dolce***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A126) Inserimento cartella condivisa schede farmaci esteri sui desktop aziendali.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza n. schede farmaci esteri inseriti nella cartella condivisa sui desktop aziendali		Entro 31.12.2025	10,00	50,00
(A128) Aggiornamento e manutenzione degli schedoni dei farmaci per uso ospedaliero e in distribuzione diretta con evidenziazione dei principi attivi maggiormente vantaggiosi per l'Azienda				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'aggiornamento e manutenzione degli schedoni sulla base dei medicinali di recente scadenza brevettuale o aggiornamento biosimilari con indicazione del principio attivo per tutte le SOC abilitate alla prescrizione (screenshot o altro sistema di rilevazione da cui si evinca l'aggiornamento degli schedoni).		Entro 31.12.2025	10,00	
(A129) Monitoraggio periodico (quadrimestrale) spesa farmaci oncologia, CNN e per gli usi off-label di nuove terapie (giorno 1 /ciclo1)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report inviati ai Direttori delle Strutture coinvolte e per conoscenza al Direttore del DPT Farmaco.		3	20,00	
(A130) Monitoraggio delle prescrizioni relative ai farmaci intravitreali con particolare attenzione alle motivazioni indicate nel campo note. {5.6.e}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report al Direttore del DPT Farmaco relativo alle dispensazioni e alle verifiche di congruenza con le indicazioni di cui alla nota AIFA 98		Entro 31.01.2026	10,00	
AREA: [B] Accountability				
(B90) Assicurare l'assistenza alle strutture ospedaliere in merito alle attività conseguenti all'accreditamento regionale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del n. di visite ispettive effettuate, di cui almeno 2 in ambito territoriale		>= 6	10,00	50,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT Assistenza Ospedaliera	Entro 31.07.25	10,00	
(D43) Assicurare attività di audit e feedback con le SOC per la verifica dell'andamento del budget assegnato				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte con evidenza degli incontri periodici sui temi della sostenibilità con almeno 4 strutture		Entro 31.12.2025	20,00	
(D44) Gruppo di Lavoro aziendale per il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte		Entro 31.12.2025	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D043) SOC FARMACIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Germana Modesti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A131) Monitoraggio periodico (quadrimestrale) spesa farmaci oncologia ed ematologia C, CNN e per gli usi off-label				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report inviati ai Direttori delle Strutture di Oncologia ed Ematologia e per conoscenza al Direttore del DPT Farmaco.		6	10,00	
(A132) Monitoraggio quadrimestrale per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci intravitreali {5.6.e}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report di monitoraggio delle prescrizioni per il I e II quadrimestre. Report di monitoraggio per il III quadrimestre, con relazione finale a commento sugli obiettivi delle Strutture di Oculistica del P.O. di Udine (SOC e Clinica).		3	20,00	
(A133) Monitoraggio esiti di fine trattamento off label e con farmaci con condizioni di rimborsabilità non definite per Oncologia, Ematologia, Reumatologia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle attività di monitoraggio: numero di trattamenti terminati e numero di relazioni cliniche di esito inviate dai medici richiedenti.		Entro 31/12/2025	10,00	25,00
(A134) Garantire le attività di UFA centralizzata aziendale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un report di attività relativo al numero di diluizioni allestite (2025>2024)		Entro 31/12/2025	10,00	50,00
AREA: [B] Accountability				
(B91) Organizzazione di almeno due eventi Aziendali accreditati ECM e finalizzati alla formazione e sensibilizzazione in ambito di farmacovigilanza. {5.5.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Numero eventi accreditati ECM realizzati in materia di farmacovigilanza		>=2	10,00	
(B92) Collaborazione attiva ai percorsi per l'accreditamento (visite ispettive, verifica applicazione procedure, incontri informativi ecc.)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di partecipazione a visite ispettive/incontri formativi c/o Gervasutta		>3	10,00	25,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D43) Assicurare attività di audit e feedback con le SOC per la verifica dell'andamento del budget assegnato				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte con evidenza degli incontri periodici sui temi della sostenibilità con almeno 4 strutture		Entro 31.12.2025	20,00	
(D44) Gruppo di Lavoro aziendale per il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte		Entro 31.12.2025	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D044) SOC FARMACIA TERRITORIALE ***Barbara Ros***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A135) Ampliamento della DPC strisce a tutta la Regione a seguito dell'adesione alla gara CONSIP (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023) {5.4.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report avvio e andamento attività		Entro 30.11.2025	10,00	
(A136) Attuazione delle indicazioni previste dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte ai fini dell'attuazione del nuovo ACN		Entro 31.12.2025	20,00	20,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C42) Attività propedeutiche alla realizzazione di una progettualità inerente la farmacia dei servizi con le farmacie dei Distretti di Gemona e Tolmezzo				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisposizione di una bozza di protocollo		Entro il 31.12.2025	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D04) Attuazione delle INDICAZIONI AZIENDALI PER GLI ALIMENTI A FINI MEDICI SPECIALI (AFMS) - DPREV_PR_22_01 del 15/11/2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare, per le aree di miglioramento individuate, un documento con liste di priorità d'impiego degli alimenti già in gara ARCS al fine di un più efficiente impiego delle risorse	Ob condiviso con SOSD Professioni Tecnico Diagnostiche e Tecnico Assistenziali Ospedaliere e DIP PREV SOC SIAN	Entro 31.07.2025	10,00	20,00
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT Assistenza Ospedaliera	Entro 31.07.2025	10,00	20,00
(D44) Gruppo di Lavoro aziendale per il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte		Entro 31.12.2025	10,00	
(D45) Partecipazione alle attività del gruppo di lavoro in merito alle medicazioni avanzate al fine di dare attuazione alla procedura "INDICAZIONI AZIENDALI SULL'IMPIEGO APPROPRIATO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE" - DS_PR_20 Versione n. 01 del 24/12/2024 {5.13.b}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di una bozza di indicazioni operative per l'utilizzo delle medicazioni avanzate in ambito territoriale e in ambito ospedaliero in continuità con il documento predisposto lo scorso anno ma assicurando adeguati livelli di dettaglio	Ob condiviso con SOSD Professioni Infermieristiche ed Ostetriche Ospedaliere, SOSD Professioni sanitarie del territorio, SOC Chirurgia Vascolare, SOSD Angiologia e Diagnostica Vascolare, SOC Clinica di Chirurgia Plastica	Entro 31.12.2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D045) SOC POLITICHE DEL FARMACO E GOVERNO DEI PERCORSI DI APPROPRIATEZZA ***Andrea Morsanutto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A137) Ottimizzare l'impiego dei medicinali di cui alla Nota AIFA 100 secondo gli algoritmi prescrittivi consolidati. Massimizzare l'uso dei biosimilari. {5.6.f}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Aggiornamento, in collaborazione con la SOSD Diabetologia, della flow chart operativa aziendale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota AIFA 100 completa di specifiche indicazioni d'impiego e raccomandazioni		Entro 31.08.2025	10,00	
(A138) Promuovere l'appropriatezza prescrittiva e il governo della spesa per dispositivi, fornendo supporto per l'implementazione di misure correttive.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Svolgere audit in almeno 5 strutture: evidenza dei verbali/mail al direttore di SOC per ciascun audit e di feedback sulle azioni implementate.		Entro 31.12.2025	20,00	
AREA: [B] Accountability				
(B93) Evidenza della rendicontazione deglio obiettivi assegnati alla medicina generale nell'Ambito dell'Accordo integrativo aziendale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della rendicontazione		Entro 31.12.2025	10,00	30,00
(B94) Implementare, in via sperimentale, una metodologia per il monitoraggio dettagliato dei consumi farmaceutici, con indicatori di appropriatezza prescrittiva e benchmarking tra strutture ospedaliere				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della realizzazione del monitoraggio		Entro 31.12.2025	10,00	30,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C43) Collaborazione con le SOC per la delineazione di documenti di "place in therapy" di farmaci ad alto impatto economico e clinico, basati su valutazioni di costo-efficacia.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione alla Direzione sanitaria di almeno 1 documento di "place in therapy"		Entro 31.12.2025	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT Assistenza Ospedaliera	Entro 31.07.2025	10,00	
(D16) Massimizzare l'impiego razionale e costo efficace della vitamina D				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta alla Direzione sanitaria di una nota, predisposta in collaborazione con la SOC Endocrinologia, con indicazioni prescrittive destinate alle strutture, al fine di garantire un uso appropriato ed economicamente sostenibile della vitamina D		Entro il 30/6/2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
(D44) Gruppo di Lavoro aziendale per il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report sulle attività svolte		Entro 31.12.2025	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C050) DIPARTIMENTO DEL FARMACO

(D045) SOC POLITICHE DEL FARMACO E GOVERNO DEI PERCORSI DI APPROPRIATEZZA ***Andrea Morsanutto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D46) Valutazione delle relazioni delle SOC a cui è stato assegnato un obiettivo su farmaci e dispositivi medici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle valutazioni delle relazioni prodotte dalle strutture in relazione agli obiettivi assegnati		Entro 30.04.2026	10,00	40,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A37) Migliorare la copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale {1.3}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Tecnici della Prevenzione*
[P12Z_c] n. dei controlli minimi in attuazione del Piano Nazionale per il controllo additivi alimentari	Target 2024: 3 campioni	4	15,00	

(A36_1099) Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti secondo le linee guida applicative del regolamento 1099/2009 {1.3}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Tecnici della Prevenzione*
[P11Z_c] n. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione	Target 2024: >= 25 controlli	24	15,00	

(A38) Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019) {1.3.}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Tecnici della Prevenzione*
[AUDIT_853] n. audit in stabilimenti riconosciuti 853/04 con valutazioni del rischio	Target 2024: 52 audit e valutazioni del rischio	52	10,00	
[ISPEZIONI_852] n. interventi ispettivi in stabilimenti registrati Reg. CE 852/04	Target 2024: 471 interventi	300	15,00	
	Modificato in monitoraggio			
[ISPEZIONI_853] n. interventi ispettivi in stabilimenti riconosciuti Reg. CE 853/04	Target 2024: 384 interventi	370	15,00	
[PRISAN_CONGIUNTI] n. controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN	Target 2024: 5 controlli congiunti	5	10,00	
[PRISAN_MATRICI] n. campionamenti di alimenti di o.a - piano matrici	Target 2024: 207 campioni	206	10,00	10,00
[PRISAN_RADIO] n. campionamenti di alimenti di o.a - piano radioattività	Target 2024: 86 campioni	86	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**PT Tecnici della Prevenzione**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	10,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		25,00
(D049) SOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE		15,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA		25,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		25,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE ***Aldo Savoia***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A38) Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019) {1.3.}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
[PRISAN_1] n. interventi ispettivi-valutazioni del rischio	Dato 2024: n. 936 (Fonte GISA)	950	20,00	10,00		10,00
[PRISAN_2] n. audit per settore alimentare e nutrizionale	Dato 2024: n.8 (Fonte GISA)	10	20,00	10,00		
[PRISAN_3] n. campionamenti di alimenti	Dato 2024; n. 401 (inclusi acque minerali e fitosanitari) (Fonte SICER)	300	20,00	10,00		15,00
[PRISAN_CONGIUNTI] n. controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN	Dato 2024: n.6 (Fonte: SOC)	5	10,00	10,00		

AREA: [B] Accountability

(B47) Revisione anagrafica pascoli D. Lgs.n. 134/2022

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Evidenza del n. di anagrafiche aggiornate in BDN		Report sull'attività	10,00	50,00		

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C02) 1.8.d DISPOSIZIONI DI ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 23 febbraio 2023, n. 18 Avvio dei controllo relativi alle filiere idro-potabili che insistono sul territorio di propria competenza coordinandosi con i gestori idro-potabili

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
n. campionamenti acque potabili delle filiere idropotabili che insistono nel territorio di competenza aziendale		800	20,00	10,00		

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D04) Attuazione delle INDICAZIONI AZIENDALI PER GLI ALIMENTI A FINI MEDICI SPECIALI (AFMS) - DPREV_PR_22_01 del 15/11/2024

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Elaborare, per le aree di miglioramento individuate, un documento con liste di priorità d'impiego degli alimenti già in gara ARCS al fine di un più efficiente impiego delle risorse	Ob condiviso con SOSD Professioni Tecnico Diagnostiche e Tecnico Assistenziali Ospedaliere e SOC Farmacia Territoriale Valutazione a cura DPT Farmaco	Entro 31.07.2025			20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto	PT Assistenti Sanitari	PT Tecnici della Prevenzione
	Peso	*Peso*	*Peso*	*Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00	20,00	25,00
(D047) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				10,00
(D049) SOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE				15,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA			30,00	25,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO			10,00	25,00
(D053) SOC MEDICINA LEGALE			10,00	
(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA'			20,00	
(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE			10,00	
Totale	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D049) SOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE ***Andrea Peresson***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A35) Migliorare copertura attività di controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci {1.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Tecnici della Prevenzione***
[P10Z_g] n. campionamenti PNAA	Target 2024: 175 campionamenti	171	10,00	
[P10Z_h] n. controlli in allevamento in materia di farmacosorveglianza	Target 2024: -156 controlli in allevamento in materia di farmacosorveglianza	152	5,00	
[P10Z_i] n. controlli presso altre strutture in materia di farmacosorveglianza	Target 2024: - 49 controlli presso altre strutture in materia di farmacosorveglianza	51	5,00	
(A37) Migliorare la copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale {1.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Tecnici della Prevenzione***
[P12Z_a] n. campionamenti PNR	Target 2024: 112 campionamenti	109	10,00	15,00
(A39) Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA {1.3.f}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Tecnici della Prevenzione***
[COND_ALIMENTARE] n. controlli di sicurezza alimentare in regime di condizionalità	Target 2024: 32 controlli	19	10,00	
[COND_SPECIE] n. controlli in allevamenti "altre specie"in regime di condizionalità	Target 2024: 21 allevamenti	14	10,00	
[COND_SUINI] n. controlli in allevamenti di suini in regime di condizionalità	Target 2024: 6 allevamenti	3	10,00	
[COND_VIETATE] n. controlli per sostanze vietate in regime di condizionalità	Target 2024: 32 controlli	19	10,00	
[COND_VITELLI] n.controlli in allevamenti di vitelli in regime di condizionalità	Target 2024: 4 allevamenti	4	10,00	
(A36) Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti {1.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Tecnici della Prevenzione***
[P11Z_a] n. di allevamenti controllati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	Target 2024: 139 allevamenti di cui n. 14 controlli da remoto per taglio coda	137	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**PT Tecnici della Prevenzione**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	15,00
(D047) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE		10,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		25,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA		25,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		25,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA ***Francesca Valent***

OBIETTIVI						PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza						
(A32) LEA NSG P01C Migliorare la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) {1.1.12}						
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***	
[P01C] Cop. vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio,difterite,tetano,epatiteB,pertosse,Hib)	Dato 2024: 93,42%, dato Siavr al 21/01/2025 (n.2697/2887 al netto di 25 non vaccinabili) Target regionale > 95% Target 2025: mantenimento copertura a.p., dato Siavr con una tolleranza del 2%	93,42%	15,00	10,00		
(A33) LEA NSG P02C Migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) {1.1.13}						
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***	
[P02C] Cop. vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo,parotite,rosolia(MPR)	92,59%, dato Siavr al 21/01/2025 (n.2674/2888 al netto di 24 non vaccinabili) Target regionale > 95% Target 2025: mantenimento copertura a.p., dato Siavr con una tolleranza del 2%	92,59%	15,00	10,00		
(A69) Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 ' 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali {1.1.12.a}						
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***	
Mantenimento ambulatori dedicati: garanzia di n. 10 ore di apertura/settimana	Target regionale >= 10% delle coorti di cui all'obiettivo	Report sull'attività	10,00	10,00		
(A57) In continuità con il Protocollo Radon adottato nel 2023 ed in relazione alla recente delibera per l'individuazione delle aree prioritarie in Friuli Venezia Giulia, prevedere l'avvio di campagne di informazione e sensibilizzazione nei Comuni delle suddette aree indirizzate ai proprietari degli edifici interessati attraverso azioni integrate con ARPA {1.1.7.f}						
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***	
% di Comuni nei quali è stata avviata la campagna informativa		>=20%	10,00		10,00	
AREA: [B] Accountability						
(B58) Sviluppare e consolidare un confronto strutturato tra profili professionali sanitari e non, all'interno di gruppi di lavoro aziendali e regionali, nell'ambito delle malattie infettive prevenibili {8.4.3}						
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***	
n. di percorsi di formazione a livello aziendale		>= 1	15,00			
(B59) Sviluppare percorsi intra aziendali per la facilitazione delle vaccinazioni di persone in categorie di rischio						
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***	
Redazione di almeno una istruzione operativa/procedura e avvio del percorso		Evidenza di almeno una istruzione operativa/procedura	15,00			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA ***Francesca Valent***

OBIETTIVI	PUNTEGGI
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa	
(C13) Gestione casi di ARBOVIROSI: stesura definitiva del Piano Aziendale Arbovirosi; gestione tramite indagine epidemiologica e, se appropriata, indagne ambientale ed eventuali atti conseguenti per i casi di Arbovirosi residenti segnalati al Servizio Malattie Infettive della SOC	

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Redazione Piano e gestione coerente di tutti i casi segnalati.		Evidenza del Piano Aziendale Arbovirosi e report sull'attività svolta	20,00		15,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	PT Assistenti Sanitari	PT Tecnici della Prevenzione
	Peso	*Peso*	*Peso*
Totale Scheda	100,00	30,00	25,00
(D047) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE			10,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		20,00	25,00
(D049) SOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE			15,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		10,00	25,00
(D053) SOC MEDICINA LEGALE		10,00	
(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA'		20,00	
(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE		10,00	
Totale	**100,00**	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A30) Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria, comprese quelle verificate per i Piani Mirati di Prevenzione {1.1.6.2.c}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
[PIANO_MIRATO_PSAL] Aziende vigilate (unità locali), anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione	Attività 2024: n.1084 Target regionale: >=1177 (target rivisto in relazione alla prevista riduzione organico TdP UPG)	1.013	15,00		15,00

(A31) Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo {1.1.6.2.d}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
[AGRICOLTURA_PSAL] Agricoltura: n. aziende agricole vigilate	Attività 2024: n.77	64	15,00		
[EDILIZIA_PSAL] Edilizia: n. cantieri vigilati	Attività 2024: n.416	406	15,00		

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C01) Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni da macchine non conformi presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.1.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 10	>=10	5,00		

(C03) Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo dei carrelli elevatori presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.1.b}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 10	>=10	5,00		

(C04) Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione delle cadute dall'alto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.2.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 24	>=18	5,00		10,00

(C05) Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione sul rischio cancerogeno da silice libera in edilizia presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.3.d}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 11	10	5,00		

(C06) Adozione delle buone pratiche in materia di rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.3.b}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 4	>=4	5,00		

(C07) Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria negli addetti alla bonifica amianto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.3.c}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*PT Assistenti Sanitari*	*PT Tecnici della Prevenzione*
Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 7	>=6	5,00		

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO ***Barbara Alessandrini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI		
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa					
(C08) Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria nei lavoratori agricoli presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione {1.1.6.2.b}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***
Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	Dato 2024: 40	>=40	5,00		
(C09) Adozione delle buone pratiche in tema di rischio stress lavoro correlato presso le imprese regionali {1.1.6.3.a}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***
Numero di imprese estratte tra quelle selezionate nel 2023	Dato 2024: 1	>=1	5,00		
(C17) Realizzazione da parte delle imprese aderenti al Programma nel 2023/24 di interventi previsti dal 'Manuale WHP' per ciascuna area indicata nel Documento stesso {1.1.3.a}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***	***PT Tecnici della Prevenzione***
Percentuale delle imprese aderenti al programma che realizzano almeno un intervento	Dato 2024: 57%	>=20%	15,00	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**PT Assistenti Sanitari**	**PT Tecnici della Prevenzione**
	Peso	***Peso***	***Peso***
Totale Scheda	100,00	10,00	25,00
(D047) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE			10,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		20,00	25,00
(D049) SOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE			15,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA		30,00	25,00
(D053) SOC MEDICINA LEGALE		10,00	
(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA'		20,00	
(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE		10,00	
Totale	**100,00**	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A35) Migliorare copertura attività di controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci {1.3}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
[P10Z_a] n. aziende bovine da controllare per anagrafe	Target 2024: 28 aziende	22	5,00
	Modificato in monitoraggio		
[P10Z_b] n. aziende ovi-caprine da controllare per anagrafe	Target 2024: 25 aziende	20	5,00
	Modificato in monitoraggio		
[P10Z_d] n. aziende di suini da controllare per anagrafe	Target 2024: 7 aziende	6	5,00
	Modificato in monitoraggio		
[P10Z_e] n. aziende equidi da controllare per anagrafe	Target 2024: 28 aziende	28	5,00
	Modificato in monitoraggio		
[P10Z_f] n. allevamenti apistici da controllare per anagrafe	Target 2024: 18 allevamenti	14	5,00
	Modificato in monitoraggio		

(A40) Biosicurezza suini
Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione della PSA {1.3.g}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
[BIOSIC_SUINI] Biosicurezza suini: n. di allevamenti suini da controllare	Target 2024: 32 allevamenti da controllare Per il 2025 ci sono 40 stabilimenti di cui 35 sono gli stabilimenti non familiari (dati in BDN e SICER)	35	25,00

(A41) Biosicurezza avicoli
Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli ai fini della prevenzione dell'influenza aviaria {1.3.h}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
[BIOSIC_AVICOLI] Biosicurezza avicoli: n.di allevamenti avicoli da controllare	Target 2024: 19 allevamenti da controllare	22	25,00

(A53) Garantire attività correlate alla eradicazione e risanamento malattie infettive animali

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
Controllare tutti gli stabilimenti programmati dalla DCS: - TBC Bovina; - BRC e LBE Bovina; - BRC Ovicaprini.	Target 2024: - TBC Bovina >=176 stabilimenti; - BRC e LBE Bovina >=201 stabilimenti; - BRC Ovicaprini >=180 stabilimenti.	- TBC Bovina >=194 stabilimenti; - BRC e LBE Bovina >=205 stabilimenti; - BRC Ovicaprini >=139 stabilimenti.	25,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D053) SOC MEDICINA LEGALE ***Viviana Varone***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A55) Garantire l'effettuazione tempestiva delle visite domiciliari per l'accertamento delle minorazioni civili				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Tempo medio di attesa su tutto territorio ASUFC		<= 110 giorni	20,00	
(A58) Invalidità civile, Legge 104, Legge 68/99, ciechi, sordi - Mantenimento volumi di attività ambulatoriale con riferimento agli esiti per tipologia di accertamento				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
n. volumi complessivi in riferimento agli esiti degli accertamenti ambulatoriali dell'anno 2024 per tipologia di accertamento: - Esiti per invalidità civile: 8841 ' Esiti per legge 104/92: 7712 ' Esiti per legge 68/99: 1418 ' Esiti per cecità: 151- Esiti per sordità: 9 - TOTALE ESITI: 18131	Al target 2025 si applica un tolleranza del 5%	18.100	20,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B24) Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo (SIALI)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
% schede morte registrate entro 3 mesi dal ricevimento delle medesime da parte dei Comuni		>= 98%	20,00	
(B37) Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) - mantenimento delle misure di contrasto introdotte nel 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Evidenza dell'acquisizione della dichiarazione di assenza conflitto d'interessi dei componenti delle Commissioni patenti, invalidi civili e accertamenti collegiali richiesti da datori di lavoro privati ai sensi dell'art. 5 legge n.300/70 (verifica a campione)		100% dei verbali campionati con evidenza della dichiarazione relativa al conflitto d'interesse	20,00	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C12) Garantire supporto informativo su diritti e tutele previsti per i pazienti oncologici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Progetto in collaborazione con le SOC Oncologia (SMM, Pal-Lat, San Daniele), la SOC Cure Palliative e il Dipartimento Assistenza Territoriale ASUFC		Report sull'attività svolta	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**PT Assistenti Sanitari**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	10,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		20,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA		30,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		10,00
(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA'		20,00
(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE		10,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA' ***Andrea Iob***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A42_1) 1.Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
I Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, programmi di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo	Dato 2024:n 47 comuni di ASUFC sono stati attivati i percorsi dei 10.000 passi Dati da Portale regionale invecchiamento attivo https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/it/	Miglioramento della performance 2024: % dei Comuni del territorio con >= 1 programmi	20,00	5,00
(A42_2) 2.Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Mantenimento del "Centro di Prescrizione e Somministrazione dell'esercizio fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso la sede di Gemona del Friuli come da protocollo regionale.		Report sull'attività svolta	20,00	5,00
(A66) Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell''Approccio globale alla salute', consistente in cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute {1.1.1a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
% di istituti scolastici del territorio aziendale che aderiscono alla rete di SPS e/o attuano almeno un intervento di buone pratiche	Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola. (Denominatore ASUFC n.93 direzioni scolastiche statali)	>= 30%	20,00	10,00
(A67) Promuovere progetti di contrasto alla sedentarietà strutturare attività motorie organizzate (es: didattica all'aperto, pause di salute, attività nei tempi ricreazionali) con particolare attenzione anche agli aspetti di superamento delle diseguaglianze e l'inclusione dei soggetti fragili. Promuovere progetti educativi basati sulle "Life skills" al fine di accrescere nella popolazione scolastica le abilità e le competenze necessarie per mettersi in relazione efficace con gli altri, per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana e per fare scelte consapevoli di salute {1.1.1.b}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
% di istituti che realizzano almeno un progetti di contrasto alla sedentarietà e un progetto di sviluppo life skill	Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola. (Denominatore ASUFC n.93 direzioni scolastiche statali)	>= 10%	20,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA' ***Andrea Iob***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [B] Accountability				
(B19) Elaborazione dati sugli stili di vita e invio report per le Aziende Sanitarie {1.4.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Collaborare agli studi di sorveglianza (Passi, Passi d'Argento, Okkio alla salute e HBSC, Sorveglianza O2) secondo le indicazioni della DCS		Evidenza delle attività realizzate	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	PT Assistenti Sanitari
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	20,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		20,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA		30,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		10,00
(D053) SOC MEDICINA LEGALE		10,00
(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE		10,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B3) DIREZIONE SANITARIA

(C060) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(D055) SOSD SCREENING E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE ***Francesco Gongolo***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A50) Collaborare alla predisposizione del cronoprogramma 2025 per l'utilizzo dei finanziamenti per recupero e riduzione liste di attesa {C.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Trasmissione alla SOC PA di una proposta per il recupero e riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di secondo livello di screening		Evidenza proposta entro il 28.2.2025	20,00	
(A54) Garantire attività screening HCV				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Attività di coordinamento e rendicontazione in coerenza le indicazioni presenti nell'allegato tecnico della DGR 1926/2022, tenuto conto della proroga di cui alla DGR n.113/2025.		Report sull'attività svolta	20,00	10,00
(A65) Progettazione di un'indagine sulla qualità percepita negli screening per raccogliere dati utili al miglioramento dei programmi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
Trasmissione alla SOC Affari Generali per l'approvazione di competenza ed eventuale pubblicazione online		Evidenza proposta entro il 30.06.2025	20,00	
AREA: [B] Accountability				
(B25) Invio di almeno una segnalazione di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
N. segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management nel corso dell'anno 2025		>= 1	20,00	
(B42) Rafforzamento del dialogo con la società civile per il sostegno all'adesione ai programmi di screening {1.5}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***PT Assistenti Sanitari***
n. di incontri realizzati con portatori di interesse del territorio dell'Azienda (associazioni, MMG, Federazione Farmacisti, comunità di persone provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria, Enti Locali...).		n. 7	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**PT Assistenti Sanitari**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	10,00
(D048) SOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE		20,00
(D050) SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA		30,00
(D051) SOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		10,00
(D053) SOC MEDICINA LEGALE		10,00
(D054) SOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E MEDICINA DELLE COMUNITA'		20,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D056) SOC DIREZIONE MEDICA IMFR GERVASUTTA ***Guerrina Virgili dirigente sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A110) Monitorare attuazione percorsi assegnati alle strutture del Presidio				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report di monitoraggio sugli obiettivi assegnati a cura della DMP alle strutture afferenti al P.O. ed inseriti nelle schede di performance organizzativa 2025		Entro il 15.09.2025 e al 15.1.2026	10,00	
AREA: [B] Accountability				
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	20,00
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	20,00	20,00
(B44_2) 2.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettuazione di una simulazione di maxi-emergenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 simulazione effettuata	10,00	10,00
(B77) Avvio utilizzo portale RENTRI per gestione rifiuti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Avvio entro il primo trimestre 2025	Monitoraggio a cura della SOSD SPP	Evidenza dell'utilizzo sistematico entro il 31.3.2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C29_1) 1.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	10,00
(C29_2) 2.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale		La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.12.2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D056) SOC DIREZIONE MEDICA IMFR GERVASUTTA ***Guerrina Virgili dirigente sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare un'apposita procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT del Farmaco	Entro il 31.7.2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A111) Monitorare attuazione obiettivi assegnati alle strutture del Presidio				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report di monitoraggio sugli obiettivi assegnati a cura della DMP alle strutture afferenti al P.O. ed inseriti nelle schede di performance organizzativa 2025		Entro il 15.09.2025 e al 15.1.2026	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B78) Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Gestione della sorveglianza delle ISC presso il reparti chirurgici	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 rilevazione (periodo settembre/novembre 2025) entro 31/12/2025		10,00
(B79) Partenariato Pubblico Privato {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaborare alle attività propedutiche all'avvio del partenariato		Relazione sull'attività svolta entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B80) Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Rilevazione delle ICA presso i reparti di degenza secondo protocollo PPS-ECDC	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 rilevazione entro 31/10/2025	10,00	10,00
(B81) Piano evacuaz. sede H in caso di esondazione del Tagliamento: effettuazione simulazione a tavolino				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'avvenuta simulazione del piano entro 30/11/2025	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Simulazione entro 30/11/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C29_1) 1.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	
(C29_2) 2.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale		La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.12.2025	10,00	20,00
(C30) Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ') per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva {3.3.1.c.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Coordinamento in capo alla DMP SMM	Entro il 31.12.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D057) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO LATISANA-PALMANOVA ***Claudia Giuliani***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C34) Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso {3.3.1.a.3}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare un'apposita procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT del Farmaco	Entro il 31.7.2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D058) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Lucia Lesa dirigente sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A111) Monitorare attuazione obiettivi assegnati alle strutture del Presidio				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report di monitoraggio sugli obiettivi assegnati a cura della DMP alle strutture afferenti al P.O. ed inseriti nelle schede di performance organizzativa 2025		Entro il 15.09.2025 e al 15.1.2026	15,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura di un documento con criteri di eleggibilità	Obv proposto da DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B78) Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Gestione della sorveglianza delle ISC presso il reparti chirurgici	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 rilevazione (periodo settembre/novembre 2025) entro 31/12/2025		15,00
	Modificato in monitoraggio			
(B80) Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Rilevazione delle ICA presso i reparti di degenza secondo protocollo PPS-ECDC	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 rilevazione entro 31/10/2025		15,00
	Modificato in monitoraggio			
(B84) Definizione di un percorso per la segnalazione precoce alla SOC PSAL dei k polmonari correlabili all'esposizione all'amianto				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un incontro con le strutture coinvolte	In condivisione con SOC PSAL e presidi spoke	1 incontro entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C29_1) 1.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	
(C29_2) 2.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale		La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.12.2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D058) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Lucia Lesa dirigente sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C30) Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ') per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva {3.3.1.c.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Coordinamento in capo alla DMP SMM	Entro il 31.12.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale	10,00	
(C34) Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso {3.3.1.a.3}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	15,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(C35) Realizzazione 3° e 4° lotto ospedale Udine				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle relazioni congiunte con il DPT Tecnico		Almeno 3 relazioni	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare un'apposita procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT del Farmaco	Entro il 31.7.2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D059) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO S.DANIELE-TOLMEZZO ***David Turello ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A111) Monitorare attuazione obiettivi assegnati alle strutture del Presidio				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Report di monitoraggio sugli obiettivi assegnati a cura della DMP alle strutture afferenti al P.O. ed inseriti nelle schede di performance organizzativa 2025		Entro il 15.09.2025 e al 15.1.2026	10,00	10,00
(A112) Aumentare il numero di possibili donatori di cornee valutati.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Mantenimento/aumento del numero di valutazioni di possibili donatori rispetto anno precedente.	Dato al 31/12/2024: 72 possibili donatori valutati Tolmezzo; 83 possibili donatori valutati a San Daniele. Monitoraggio e valutazione a cura della DMP.	>=70 (Tolmezzo) >= 83 (San Daniele)	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B09) Attività propedeutiche ai percorsi per l'accreditamento PMA				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di partecipazione a visite ispettive/incontri formativi. Numero di sopralluoghi con DMO, numero di procedure riviste/prodotte >3	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Evidenze entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B78) Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Gestione della sorveglianza delle ISC presso il reparti chirurgici	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 rilevazione (periodo settembre/novembre 2025) entro 31/12/2025		10,00
(B80) Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Rilevazione delle ICA presso i reparti di degenza secondo protocollo PPS-ECDC	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	n. 1 rilevazione entro 31/10/2025		10,00
(B82) Ristrutturazione Presidio ospedaliero S. Daniele / Tolmezzo {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle attività ispettive e predisposizione dei percorsi interni ed esterni		Relazione sull'attività svolta entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C29_1) 1.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	
(C29_2) 2.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale		La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.12.2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D059) SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO S.DANIELE-TOLMEZZO ***David Turello ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C30) Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ') per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva {3.3.1.c.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Coordinamento in capo alla DMP SMM	Entro il 31.12.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale	10,00	
(C34) Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso {3.3.1.a.3}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D36) Attuare le Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare un'apposita procedura aziendale al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DDG n. 206/2025	Ob condiviso con DPT dell'Assistenza Territoriale e DPT del Farmaco	Entro il 31.7.2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [B] Accountability				
(B85) Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS e gli Enti del SSR al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato: centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET) {A.2.4.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettive ore di attività presso il Centrale Operativa Regionale per l'Emergenza Urgenza Territoriale in sostituzione del personale COREUT in turno presso le PET		1.360 ore	10,00	10,00
(B86) Assicurare, su richiesta di ARCS, un'adeguata dotazione organica alla SORES {A.2.4.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Su richiesta di ARCS, aggiornare e trasmettere ad ARCS i Piani aziendali almeno 45 giorni prima dell'avvio del turno di servizio, un'adeguata dotazione organica alla SORES. I rispettivi dirigenti infermieristici aziendali concordano le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione		Evidenza della trasmissione ad ARCS dei piani aziendali almeno 45 gg prima del turno di servizio	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	10,00	10,00
(C29_1) 1.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	Coordinamento in capo alla DMP SMM	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione alla DCS e ad ARCS entro il 31.10.2025	10,00	10,00
(C29_2) 2.Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza {3.3.1.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale		La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(C30) Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ') per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva {3.3.1.c.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Coordinamento in capo alla DMP SMM	Entro il 31.12.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale	10,00	10,00
(C36) Collaborare con il DAO per l'attivazione dell'attività di chirurgia ortopedica traumatologica presso lo stabilimento ospedaliero di Palmanova				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
L'attività chirurgica è attivata presso l'Area Degenze Multispecialistiche e pre ricoveri e il Blocco Operatorio di Palmanova		Evidenza di relazione descrittiva delle attività svolte entro il 30/04/2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D060) SOSD PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE OSPEDALIERE ***David Turello ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C37) Collaborare con la Direzione Medica SMM per la mappatura e revisione dei percorsi di ricovero presso i Dipartimenti Strutturali di Testa collo e Neuroscienze, Medicina Specialistica, Area Oncologica e Mamma Bambino				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Vengono effettuate le attività di raccolta dati e di proposta riorganizzativa e vengono applicati i meccanismi correttivi concordati		Evidenza di relazione descrittiva delle attività svolte entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D30) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo ospedaliero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medicazioni (CND M) / giornata di degenza 2025 < 2024	Strutture individuate: SOC CARDIOCHIRURGIA DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI SOC TERAPIA INTENSIVA 2 SOC CLINICA CHIRURGICA SOC NEUROCHIRURGIA SOC CHIRURGIA VERTEBRO-MIDOLLARE SOC CLINICA ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.DANIELE-TOLMEZZO Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco Valutazione sul 2° semestre	Target rispettato in almeno 4 delle strutture indicate	10,00	10,00
(D37) Diffusione della procedura "INDICAZIONI AZIENDALI SULL'IMPIEGO APPROPRIATO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE - DS_PR_20 Versione n. 01 del 24/12/2024" {5.12.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di una bozza di indicazioni operative per l'utilizzo delle medicazioni avanzate in ambito territoriale e in ambito ospedaliero in continuità con il documento predisposto lo scorso anno ma assicurando adeguati livelli di dettaglio	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A113) Linee di produzione della biologia molecolare con ottimizzazione dei processi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Volumi di attività (cod. 91.30.03 e 91.36.5)	Dato 2024: 45.898 (cod. 91.30.03 e 91.36.5) Tolleranza 5%	46.000		
	Stralciato in monitoraggio			
(A114) Volumi attività ambulatoriale delle dietiste				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
n. trattamenti e valutazioni dietetiche (cod. 93.0151 e 93.0161) rese ad interni	Dato 2024= 8.745 Dato 2023= 8.883 Tolleranza 5%	4.400 (tolleranza del 2%)		20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B87) Collaborare con la SOC SPAIO e la SOSD Governo dgli Standard Clinico Assistenziali per l'applicazione della metodologia/strumenti per garantire la continuità organizzativa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Entro il 31/12 la metodologia/strumenti per garantire la continuità organizzatva sono resi disponibili e utilizzati da almeno due Piattaforme Assistenziali aziendali		Evidenza di relazione descrittiva delle attività svolte	30,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento completata	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30.09.2025		15,00
	Modificato in monitoraggio			
(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	20,00	
(C38) Standardizzazione delle immagini dignostiche per RX Torace e RX Mammografia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Formulazione di un documento nel quale vengono definiti i criteri di esecuzione delle attività tecnico-diagnostiche.	Monitoraggio ad opera della struttura	Entro il 30.09.2025	30,00	30,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C004) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(D062) SOSD PROFESSIONI TECNICO DIAGNOSTICHE E TECNICO ASSISTENZIALI OSPEDALIERE ***Francesco Ciaravella***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D04) Attuazione delle INDICAZIONI AZIENDALI PER GLI ALIMENTI A FINI MEDICI SPECIALI (AFMS) - DPREV_PR_22_01 del 15/11/2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare, per le aree a maggior impatto di spesa e consumo, un documento con liste di priorità d'impiego degli alimenti già in gara ARCS al fine di un più efficiente impiego delle risorse	Obv condiviso con SOC SIAN e SOC Farmacia Territoriale Monitoraggio e valutazione a cura DPT Farmaco	Entro il 31.07.2025	20,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D063) SOC CLINICA MEDICA ***Leonardo Sechi***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 3.591 Anno 2023: 3.882	2.800	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 781 Dato 2023: 836 (escluso medicina psicosomatica)	720	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			

(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 1 accolto al giorno Dato 2024: 99%	80%	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D064) SOSD DIABETOLOGIA ***Andrea Da Porto***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 5.068	15.000	40,00	40,00

AREA: [B] Accountability

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	20,00	20,00

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D06) Definire in caso di introduzione di nuove terapie la target population nel contesto dello schema prescrittivo terapeutico già definito

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Aggiornare tempestivamente lo schema prescrittivo in accordo con la SOC Politiche del Farmaco in caso di introduzione di nuove categorie di farmaci ad elevato valore terapeutico	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Trasmissione schema prescrittivo aggiornato alla Direzione Sanitaria e alla medicina generale se applicabile, entro 40 giorni dalla commercializzazione del/i nuovi medicinali	10,00	10,00

(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% ricetta informatizzata a seguito di visita ambulatoriale per l'avvio o modifica delle terapie	Ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) Relativamente a tutti i GLP-1 e medicinali a base di insulina glargine. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00

(D21) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale ottimizzare l'impiego dei medicinali di cui alla Nota AIFA 100 secondo gli algoritmi prescrittivi consolidati. Massimizzare l'uso dei biosimilari

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% di utilizzo del biosimilare sul totale delle prescrizioni di insulina glargine aventi dosaggio 100 UI/ml nei pazienti naive o che effettuano un cambio di terapia	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 90%	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D065) SOC MEDICINA 1-S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Fulvia Virgili***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 897 Anno 2023: 799	900	20,00	20,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Target 2025 condizionato dalla dotazione organica Dato 2024: 2.113 Dato 2023: 2.314	2.100	20,00	20,00	
(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 8 accolti al giorno Dato 2024: 41%	80%	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00	
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00	

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D066) SOC MEDICINA 2-S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Alessandro Cavarape***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 2.153 Anno 2023: 1.773	2.150	20,00	20,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 2.988 Dato 2023: 2.776 (inclusa post-acuzie)	3.000	20,00	20,00
(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 8 accolti al giorno Dato 2024: 46%	80%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D067) SOC MEDICINA LATISANA ***Claudia Battello***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 8.524 Anno 2023: 5.268	13.400	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.632 Dato 2023: 1.750	1.700	20,00	20,00
(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 4 accolti al giorno Dato 2024: 57%	80%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Target 2025 ad invarianza di dotazione Anno 2024: 17.280 Anno 2023: 14.893	11.200	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.917 Dato 2023:1.895	1.930	20,00	20,00
(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 5 accolti al giorno Dato 2024: 64%	80%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C070) DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA-DAI

(D069) SOC MEDICINA S.DANIELE ***Stefano De Carli***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 14.521 Anno 2023: 13.575	14.550	20,00	20,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.515 Dato 2023: 1.657	1.550	10,00	10,00
(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 5 accolti al giorno Dato 2024: 41%	80%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B21) Implementazione del percorso per l'accesso alle cure odontoiatriche in pazienti con disabilità "Progetto Orchidea"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento e dell'avvio dell'attività	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 6.819 Anno 2023: 7.933	6.000	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.770 Dato 2023: 1.808	1.650	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A34) Aderenza alle modalità di organizzazione dei ricoveri urgenti in area medica, come stabilite da not. prot. DAO n. 34087				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[MED_01] % di giornate (da lunedì a venerdì) con numero di ricoveri attesi >= a quanto stabilito dal trend (Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS e i trasferimenti dai reparti di Medicina d'Urgenza)	Trend: 5 accolti al giorno Dato 2024: 45%	80%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: obiettivo raggiunto al 100% se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 35.141 Anno 2023: 33.123	20.000	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.459 Dato 2023: 1.448	1.460	20,00	20,00

AREA: [B] Accountability

(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00

(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C16) Implementazione della cartella informatizzata Log80 in clinica ematologica (DH, degenza e CTMO)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della partecipazione di almeno 1 dirigente medico e 1 referente infermieristico a 3 incontri entro il 31.12.2025 (verbali).	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Evidenza della partecipazione di almeno 1 dirigente medico e 1 referente infermieristico a 3 incontri entro il 31.12.2025 (verbali).	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D071) SOC CLINICA EMATOLOGICA ***Renato Fanin***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D25) Rendere sostenibile l'Impiego dei medicinali fuori indicazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Predisporre tempestivamente, nei casi d'impiego dei medicinali off label destinati al trattamento di assistiti fuori regione, documentazione prevista dalla procedura aziendale per la trasmissione dell'assenso alla Azienda sanitaria di residenza del paziente anche con il supporto della SOC di Farmacia ospedaliera	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco a fronte della richiesta a campione della documentazione	Evidenza della documentazione per tutti i casi nel secondo semestre 2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D072) SOC CLINICA REUMATOLOGICA ***Luca Quartuccio***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 7.929 Anno 2023: 7.940	7.930	20,00	20,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 540 Dato 2023: 488	540	20,00	20,00	
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B57) Stesura "Manuale per la gestione delle attività del gruppo aziendale per le patologie immunomediate"					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Stesura del manuale e avvio del progetto	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00	
(D15) Massimizzare l'impiego dei farmaci a maggior rapporto costo-efficacia					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% di pazienti avviati a farmaci ad alto costo (anti-IL, JAKi) senza aver ricevuto in precedenza un anti-TNF alfa a brevetto scaduto 2025 < 2024	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Politiche del Farmaco	Dato 2025 < Dato 2024	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Target 2025 concordato con DMP (da rivalutare a giugno 2025) Anno 2024: 8.059 Anno 2023: 7.640	7.200	20,00	20,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 502 Dato 2023: 509	510	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	20,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	20,00
(B10) Avvio del percorso per la tipizzazione molecolare microorganismi multiresistenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del numero di segnalazioni (dal 2^ semestre)	In collaborazione con la SOSD Laboratorio di Sanità pubblica Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Report entro il 31.12.205	10,00	
(B54) Ridefinizione del percorso delle consulenze				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30.6.2025	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D073) SOC CLINICA MALATTIE INFETTIVE ***Carlo Tascini***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D11) Favorire la corretta attribuzione della residenza del paziente in fase di prescrizione dei trattamenti farmacologici				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione della quota non attribuibile	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	% Spesa non attribuibile 2025 < % spesa non attribuibile 2024		
	Stralciato in monitoraggio			
(D47) Impiego razionale dei medicinali antivirali nel contesto terapeutico ed epidemiologico corrente				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione della spesa per medicinali a base di remdesemivir	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Spesa (€) per remdesivir 2025 < Spesa (€) per remdesivir 2024	10,00	10,00
	Inserito in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 11.190 Anno 2023: 6.872	11.200	15,00	15,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 20.223 Anno 2023: 11.147	20.250	10,00	10,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 871 Dato 2023: 832	850	15,00	15,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[TA_PREST.04] % visite dermatologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 55% Dato 2024 di SOC = 60% (volumi prenotazioni 3618)	90%	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Collaborare alla stesura di un documento con criteri di criteri di eleggibilità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025			
	Stralciato in monitoraggio				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	20,00
(D15) Massimizzare l'impiego dei farmaci a maggior rapporto costo-efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di pazienti affetti da psoriasi avviati a farmaci ad alto costo (anti-IL) senza aver ricevuto in precedenza un anti-TNF alfa a brevetto scaduto	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Politiche del Farmaco	Dato 2025 < Dato 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D19) Nel contesto della dermatite atopica privilegiare le opzioni terapeutiche maggiormente maneggevoli per il paziente, laddove clinicamente indicato				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di pazienti adulti naive che hanno fallito la terapia convenzionale a cui vengono assicurate le formulazioni orali per favorire la compliance	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	>= 25%	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Tolleranza 5% Anno 2024: 48.643 Anno 2023: 42.249	48.650		
	Stralciato in monitoraggio			
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Solo codici: 39.95.* Emodialisi e 54.98.* Dialisi peritoneale Anno 2024: 34.652 Anno 2023: 27.325	34.600	30,00	30,00
	Inserito in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 14.172 Anno 2023: 15.183	14.150		
	Stralciato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 445 Dato 2023: 418	450	10,00	10,00
(A59) Mantenimento attività trapiantologica di rene da vivente {4.3.b}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
n. trapianti da vivente	Criterio di misurazione: evidenza di DH con DIA.1 = V594	>= 8	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D075) SOC NEFROLOGIA E DIALISI S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Giuliano Boscutti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D27) Valutare possibili tecnologie che consentano nel medio termine la fornitura di preparati per dialisi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
In maniera condivisa tra le SOC di Nefrologia e l'Ingegneria Clinica condurre una valutazione mediante documento di analisi sul costo opportunità di implementare un processo centralizzato per concentrati per dialisi	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D076) SOC NEFROLOGIA E DIALISI PALMANOVA-LATISANA ***Massimiliano Tosto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Tolleranza del 5% Anno 2024: 16.767 Anno 2023: 16.831	16.000	30,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.217 Anno 2023: 2.179	2.220	30,00	30,00
(A63) Potenziamento attività trapiantologica di rene da vivente {4.3.b}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Segnalazione di almeno 1 coppia candidabile a trapianto di rene da vivente	Criterio di misurazione: Monitoraggio in carico alla SOC Nefrologia SMM	1 coppia segnalata	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D27) Valutare possibili tecnologie che consentano nel medio termine la fornitura di preparati per dialisi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
In maniera condivisa tra le SOC di Nefrologia e l'Ingegneria Clinica condurre una valutazione mediante documento di analisi sul costo opportunità di implementare un processo centralizzato per concentrati per dialisi	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Tolleranza 5% Anno 2024: 22.295 Anno 2023: 27.315	22.300		
	Stralciato in monitoraggio			
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 27.115 Anno 2023: 33.276	24.600	40,00	40,00
	Inserito in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.820 Anno 2023: 5.961	4.800		
	Stralciato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Ordinari e DH Dato 2024: 109 Dato 2023: 111	110	10,00	10,00

(A63) Potenziamento attività trapiantologica di rene da vivente {4.3.b}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Segnalazione di almeno 1 coppia candidabile a trapianto di rene da vivente	Criterio di misurazione: Monitoraggio in carico alla SOC Nefrologia SMM	1 coppia segnalata	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D077) SOC NEFROLOGIA E DIALISI S.DANIELE-TOLMEZZO ***Dino Romanini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D27) Valutare possibili tecnologie che consentano nel medio termine la fornitura di preparati per dialisi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
In maniera condivisa tra le SOC di Nefrologia e l'Ingegneria Clinica condurre una valutazione mediante documento di analisi sul costo opportunità di implementare un processo centralizzato per concentrati per dialisi	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C080) DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA-DAI

(D078) SOSD EPATOLOGIA ***Pierluigi Toniutto***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.462 Anno 2023: 3.870	4.460	25,00	25,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 494 Dato 2023: 466	420	25,00	25,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	20,00	20,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D079) SOC ENDOCRINOLOGIA ***Fabio Vescini***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 16.960 Escluso: 89.7A.8 - VISITA DIABETOLOGICA [d.san.]; 89.01.8 - CONTROLLO DIABETOLOGICO [d.san.] Anno 2024: 23.942 Anno 2023: 23.923	20.000	30,00	30,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	30,00	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa					
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30.09.2025	10,00		
(C10) Assicurare la prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di vitamina D e levotiroxina	Griglia di valutazione: Se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre obiettivo raggiunto al 100%; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25%. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D079) SOC ENDOCRINOLOGIA ***Fabio Vescini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D16_1) 1.Massimizzare l'impiego razionale e costo efficace della vitamina D				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta alla Direzione sanitaria di una nota con indicazioni prescrittive destinate alle strutture, al fine di garantire un uso appropriato ed economicamente sostenibile della vitamina D	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 30/06/2025	10,00	20,00
(D16_2) 2.Massimizzare l'impiego razionale e costo efficace della vitamina D				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di formulazioni di vitamina D a minor costo per UI sul totale delle prescrizioni di vitamina D	Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25%. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	20,00	
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D080) SOC FISICA SANITARIA ***Eugenia Moretti***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Target 2025 condizionato dalle dotazione organica della struttura e della SOC Radioterapia Anno 2024: 1.815 Anno 2023: 1.913 Codici da utilizzare per anno 2025: 92.29.4, 92.29.5, 92.28.9	1.810	40,00		
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B28) Mantenimento delle attiivtà di monitoraggio della concentrazione di Radon					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza relazione consuntiva		Entro il 31.12.2025	10,00	80,00	
(B22_1) Implementazione di suite di gestione informatizzata dei processi di Fisica Sanitaria sulla piattaforma PHYSICO® (dose paziente, radioprotezione)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Avvio del modulo Dose paziente	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30.06.2025	20,00		
(B22_2) Implementazione di suite di gestione informatizzata dei processi di Fisica Sanitaria sulla piattaforma PHYSICO® (dose paziente, radioprotezione)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Avvio dei moduli di Radioprotezione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	20,00	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D081) SOC ONCOLOGIA PALMANOVA-LATISANA ***Gerardo Cardellino***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025= volumi oncologici dipartimentali Anno 2024: 17.820 Anno 2023: 20.587	17.900	25,00	25,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025= volumi oncologici dipartimentali Anno 2024: 36.549 Anno 2023: 34.755	36.550	25,00	25,00

AREA: [B] Accountability

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	20,00

(B46) Regolamentazione attività dei Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO) - ricognizione dei gruppi esistenti e stesura regolamento aziendale

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Proposta di documento	Dal piano della ROR FVG: istituzione formale GAMO entro 31.12.2025 Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.10.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(D23) Predisposizione di un report sugli esiti dei trattamenti con farmaci off label

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Report entro 60 giorni dell'interruzione o conclusione del trattamento tramite format definito da procedura aziendale in >90% dei casi	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di invio alla farmacia entro il 31.01.2026	10,00	10,00

(D26) Valutare possibili opzioni terapeutiche che a parità di efficacia assicurino la sostenibilità del SSR

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza mediante verbali dettagliati di almeno 4 incontri condivisi con le SOC del Dipartimento e con i coordinatori di patologia nei quali vengano discusse le opzioni terapeutiche disponibili, valutando le alternative maggiormente costo-efficaci	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.01.2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D082) SOC ONCOLOGIA S.DANIELE-TOLMEZZO ***Alessandro Follador***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025= volumi oncologici dipartimentali Anno 2024: 17.820 Anno 2023: 20.587	17.900	25,00	25,00	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025= volumi oncologici dipartimentali Anno 2024: 36.549 Anno 2023: 34.755	36.550	25,00	25,00	
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	20,00	
(B46) Regolamentazione attività dei Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO) - ricognizione dei gruppi esistenti e stesura regolamento aziendale					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Proposta di documento	Dal piano della ROR FVG: istituzione formale GAMO entro 31.12.2025 Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.10.2025	10,00		
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00	
(D23) Predisposizione di un report sugli esiti dei trattamenti con farmaci off label					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Report entro 60 giorni dell'interruzione o conclusione del trattamento tramite format definito da procedura aziendale in >90% dei casi	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di invio alla farmacia entro il 31.01.2026	10,00	10,00	
(D26) Valutare possibili opzioni terapeutiche che a parità di efficacia assicurino la sostenibilità del SSR					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza mediante verbali dettagliati di almeno 4 incontri condivisi con le SOC del Dipartimento e con i coordinatori di patologia nei quali vengano discusse le opzioni terapeutiche disponibili, valutando le alternative maggiormente costo-efficaci	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.01.2026	10,00	10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025= volumi oncologici dipartimentali Anno 2024: 17.820 Anno 2023: 20.587	17.900	25,00	25,00	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025= volumi oncologici dipartimentali Anno 2024: 36.549 Anno 2023: 34.755	36.550	25,00	25,00	
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione		10,00	
(B46) Regolamentazione attività dei Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO) - ricognizione dei gruppi esistenti e stesura regolamento aziendale					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Proposta di documento	Dal piano della ROR FVG: istituzione formale GAMO entro 31.12.2025 Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.10.2025	10,00		
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00	
(D23) Predisposizione di un report sugli esiti dei trattamenti con farmaci off label					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Report entro 60 giorni dell'interruzione o conclusione del trattamento tramite format definito da procedura aziendale in >90% dei casi	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di invio alla farmacia entro il 31.01.2026	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D083) SOC ONCOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Giuseppe Aprile***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D26) Valutare possibili opzioni terapeutiche che a parità di efficacia assicurino la sostenibilità del SSR				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza mediante verbali dettagliati di almeno 4 incontri condivisi con le SOC del Dipartimento e con i coordinatori di patologia nei quali vengano discusse le opzioni terapeutiche disponibili, valutando le alternative maggiormente costo-efficaci	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.01.2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C090) DIPARTIMENTO DI AREA ONCOLOGICA

(D084) SOC RADIOTERAPIA ***Marco Trovò***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 47.900 Anno 2023: 46.197	47.900		
	Stralciato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Target 2025 condizionato dalla dotazione organica Anno 2024: 8.961 Anno 2023: 9.028	8.970	40,00	40,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [B] Accountability

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	30,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	30,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.618 Anno 2023: 4.938	5.620	20,00	

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 364 Dato 2023: 362	365	20,00	20,00

AREA: [B] Accountability

(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00

(B04) Applicazione protocollo ERAS per pazienti con patologia degenerativa

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza relazione dell'attività svolta (riduzione giorni di degenza)	Obiettivo proposto dalla Struttura	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B45) Redazione di un percorso che descriva le modalità di collaborazione tra SOC Chirurgia Vertebro-Midollare e SOC Neurochirurgia, nel dettaglio:
valutazione di possibile integrazione dei percorsi ambulatoriali

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza del documento definitivo	Obv condiviso con SOC Neurochirurgia Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00

(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025		10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D085) SOC CHIRURGIA VERTEBRO-MIDOLLARE ***Barbara Cappelletto***

OBIETTIVI	PUNTEGGI

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	*Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.761 Anno 2023: 4.897	5.770	20,00	20,00

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 720 Dato 2023: 584	730	20,00	20,00

AREA: [B] Accountability

(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00

(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D086) SOC CLINICA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE ***Massimo Robiony***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(D087) SOC CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA

Pier Camillo Parodi

OBIETTIVI — **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 7.373 Anno 2023: 6.841	7.380	10,00	10,00

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.286 (828 a UD; 458 a Palmanova) Dato 2023: 1.148 (728 a UD; 420 a Palmanova)	1.300	10,00	10,00

(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[C10.4.13] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Melanoma (Bersaglio C10.4.13)	Dato 2024: 91% (volumi 67) Dato 2023: 65% (volumi 26) Dato aziendale 2024: 83% (volumi 120) Dato aziendale 2023: 55% (volumi 71)	90%	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D05) Condivisione/integrazione delle indicazioni sulle medicazioni avanzate elaborate nel corso del 2024 e successiva diffusione mediante incontri formativi volti al corretto e razionale impiego delle risorse correlate all'impiego di tali medicazioni

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Partecipazione e contributo attivo al gruppo di lavoro per le medicazioni avanzate, con produzione e approvazione delle linee guida operative e delle schede di dettaglio e successiva condivisione della documentazione con tutte le SOC interessate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Redazione di un documento entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D087) SOC CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA ***Pier Camillo Parodi***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(D30) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo ospedaliero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione di almeno il 2% del costo delle medicazioni (CND M) / giornata di degenza 2025 rispetto al 2024, (al netto delle medicazioni destinate all'attività correlata alla ricostruzione senologica)	>=2% : Pienamente conseguito Riduzione spesa 2025 vs 2024 : Conseguito al 50% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Riduzione >= 2% costo medicazioni	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 24.695 Anno 2023: 17.368	24.700	15,00	15,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 7.597 Anno 2023: 6.083	7.600	15,00	15,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 439 Dato 2023: 392	450	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Inserito in monitoraggio			
(B35) Percorso trauma				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D03) Assicurare l'impiego delle terapie con modalità di somministrazione sottocute in un numero di pazienti non superiore all'anno 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Quantità di formulazioni sottocute non superiori all'anno precedente quando risulti disponibile altra formulazione del medesimo principio attivo per i pazienti naive per formulazione	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Quantità SC 2025 < quantità SC 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D088) SOC CLINICA NEUROLOGICA ***Mariarosaria Valente***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D24) Relazione dettagliata sugli esiti al termine dei trattamenti con farmaci off label o con condizioni di rimborsabilità ancora non definite da AIFA				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un monitoraggio clinico/relazione almeno annuale entro il 31.01.2026, tramite format definito da procedura aziendale	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di invio alla farmacia entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D089) SOC CLINICA OCULISTICA ***Paolo Lanzetta***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 23.469 Anno 2023: 20.277	23.500	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 13.582 Anno 2023: 11.904	13.600	10,00	10,00

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 249 Dato 2023: 241	250	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B53) Ricognizione ed implementazione dei percorsi brevi in Pronto Soccorso

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza di un protocollo definitivo	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP (anche invii da Ospedali Spoke)	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D10) Favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Definire un place in therapy volto a massimizzare l'impiego costo-efficace delle opzioni terapeutiche disponibili. In linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98.	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di un algoritmo prescrittivo	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D089) SOC CLINICA OCULISTICA ***Paolo Lanzetta***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D17) Miglioramento della sostenibilità d'impiego delle IOL				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione costo medio IOL, nell'ambito di lotti omogenei di prodotti equivalenti a gara ARCS	Anno 2024= 116,3€ Se II semestre 2025< I semestre 2025 obiettivo conseguito al 50% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Costo anno 2025 < costo anno 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D31) A norma della Nota AIFA n° 98: favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% bevacizumab o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole* sul totale della quantità di medicinali impiegati nel trattamento della AMD e DME	A norma della Nota AIFA n° 98. *In grado di ridurre il numero di accessi alla struttura pubblica liberando risorse di personale e logistica Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	>=40%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D090) SOC NEUROCHIRURGIA ***Marco Vindigni***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 9.570 Anno 2023: 8.867	9.600	20,00	20,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.217 Dato 2023: 1.075	1.130	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B45) Redazione di un percorso che descriva le modalità di collaborazione tra SOC Chirurgia Vertebro-Midollare e SOC Neurochirurgia, nel dettaglio: valutazione di possibile integrazione dei percorsi ambulatoriali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento definitivo	Obv condiviso con SOC Chirurgia Vertebro-Midollare Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D090) SOC NEUROCHIRURGIA ***Marco Vindigni***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D091) SOC NEUROLOGIA ***Lorenzo Verriello***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Escluso codici: 93.08.5;93.09.1;93.09.2 Anno 2024: 19.759 Anno 2023: 18.546	19.800	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 16.514 Anno 2023: 15.301	16.550	10,00	10,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.187 Dato 2023: 1.061	1.000	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Inserito in monitoraggio			
(B35) Percorso trauma				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D091) SOC NEUROLOGIA ***Lorenzo Verriello***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D03) Assicurare l'impiego delle terapie con modalità di somministrazione sottocute in un numero di pazienti non superiore all'anno 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Quantità di formulazioni sottocute non superiori all'anno precedente quando risulti disponibile altra formulazione del medesimo principio attivo per i pazienti naive per formulazione	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Quantità SC 2025 < quantità SC 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(D24) Relazione dettagliata sugli esiti al termine dei trattamenti con farmaci off label o con condizioni di rimborsabilità ancora non definite da AIFA				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un monitoraggio clinico/relazione almeno annuale entro il 31.01.2026, tramite format definito da procedura aziendale	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di invio alla farmacia entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D092) SOC OCULISTICA ***Carlo Salati***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 18.929 Anno 2023: 15.363	19.000	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 22.623 Anno 2023: 21.249	20.700	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 657 Dato 2023: 664	500	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B53) Ricognizione ed implementazione dei percorsi brevi in Pronto Soccorso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un protocollo definitivo	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP (anche invii da Ospedali Spoke)	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D10) Favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definire un place in therapy volto a massimizzare l'impiego costo-efficace delle opzioni terapeutiche disponibili. In linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98.	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di un algoritmo prescrittivo	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D17) Miglioramento della sostenibilità d'impiego delle IOL				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione costo medio IOL, nell'ambito di lotti omogenei di prodotti equivalenti a gara ARCS	Anno 2024= 116,3€ Se II semestre 2025< I semestre 2025 obiettivo conseguito al 50% Valutazione Dpt del Farmaco	Costo anno 2025 < costo anno 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D31) A norma della Nota AIFA n° 98: favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% bevacizumab o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole* sul totale della quantità di medicinali impiegati nel trattamento della AMD e DME	A norma della Nota AIFA n° 98. *In grado di ridurre il numero di accessi alla struttura pubblica liberando risorse di personale e logistica Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	>=40%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D093) SOC OTORINOLARINGOIATRIA ***Cesare Miani***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 16.984 Anno 2023: 15.899	17.000	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 18.769 Anno 2023: 17.571	18.800	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.14] % prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore maligno Tiroide (Bersaglio C10.4.14)	Dato 2024: 73% (volumi 59) Dato 2023: 33% (volumi 55) Dato aziendale 2024: 72% (volumi 76) Dato aziendale 2023: 47% (volumi 77)	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaborare alla stesura di un documento con criteri di eleggibilità	Monitoraggio e valutazione a cura DMP	Entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D093) SOC OTORINOLARINGOIATRIA ***Cesare Miani***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D07) Efficientamento dell'appropriatezza di impiego delle terapie a maggior impatto di spesa

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza di un documento (place in therapy) da cui si evinca l'orientamento all'impiego delle terapie in funzione della gravità della patologia in collaborazione con le altre SOC di Otorinolaringoiatria dell'Azienda	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 30.06.2025	10,00	10,00

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D094) SOSD ODONTOIATRIA ***Marco Salerno sostituto***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 8.027 Anno 2023: 6.935	8.000	20,00	20,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 167 Dato 2023: 121	140	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B33) Percorso dipartimentale del paziente con trauma cranio facciale					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza della stesura del protocollo	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00	
(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa					
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00	
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D094) SOSD ODONTOIATRIA ***Marco Salerno sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C100) DIPARTIMENTO TESTA-COLLO E NEUROSCIENZE-DAI

(D095) SOSD STROKE UNIT ***Giovanni Merlino***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	2024= 145	200	40,00
AREA: [B] Accountability			
(B40) Programma formativo a supporto del progetto di miglioramento organizzativo			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Evidenza di un documento di miglioramento organizzativo in coerenza all'attività formativa	Obiettivo proposto dal DPT	Entro il 31/12/2025	10,00
(B49) Revisione del percorso del paziente con emorragia cerebrale (ospedale di Udine)			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Evidenza documento	Obv proposto dalla Struttura (con PS, Neuroradiologia e Neurochirurgia)	Entro il 31/12/2025	20,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D096) SOC CARDIOCHIRURGIA ***Igor Vendramin***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 2.567 Anno 2023: 2.526	2.550	10,00	10,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 867 Dato 2023: 842	870	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.02] % int. di By pass aortocoronarico erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: Cardiochirugia 79% (volumi 118); Cardiologia 71% (volumi 51); cumulato 76% Dato 2023: Cardiochirugia 71% (volumi 105); Cardiologia 54% (volumi 46); cumulato 66% Dato aziendale 2024: 76,6% (volumi 152) Dato aziendale 2023: 65% (volumi 152)	90%	10,00	10,00
(A22) Trapianti di cuore				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TRAP_CUORE] Evidenza attività di trapianto di cuore	Dato 2024= 32 Dato 2023= 18 (F.te ADT con cod. int. "[3751] TRAPIANTO DI CUORE")	20	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D096) SOC CARDIOCHIRURGIA ***Igor Vendramin***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D08) Incremento utilizzo broncoscopi pluriuso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% utilizzo broncoscopi pluriuso su broncoscopi totali	Dato ago-dic 2024: 12% Se impiego >= 20% raggiunto al 100% Se impiego tra 15-19,99% raggiunto al 50% Se impiego tra 10-14,99% raggiunto al 30% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	pari almeno al 20%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D097) SOC CHIRURGIA TORACICA ***Andrea Zuin***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 2.475 Anno 2023: 2.438	2.480	15,00	15,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 290 Dato 2023: 297	300	15,00	15,00
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.11] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore al Polmone (Bersaglio C10.4.11)	Dato 2024: 98% (volumi 120) Dato 2023: 73% (volumi 115) Dato aziendale 2024: 97% (volumi 124) Dato aziendale 2023: 73% (volumi 119)	90%	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D098) SOC PNEUMOLOGIA ***Vincenzo Patruno***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 26.507 (escluse liste allergologia)	26.500	25,00	25,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.210 Dato 2023: 1.217	1.200	25,00	25,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI		PUNTEGGI		
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 39.810 Anno 2023: 37.682	39.800	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 15.841 Anno 2023: 13.552	15.850	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.01] % di interventi di Coronarografia erogati entro i tempi previsti per tutte le priorità	Dato 2024: Cardiologia 69% (volumi 475); Cardiochirugia 84% (volumi 232); cumulato 74% Dato 2023: Cardiologia 58% (volumi 445); Cardiochirugia 66% (volumi 237); cumulato 61% Dato aziendale 2024: 74% (volumi 721) Dato aziendale 2023: 61% (volumi 685)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.03] % int. di Angioplastica Coronarica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: Cardiologia 72% (volumi 180); Cardiochirugia 100% (volumi 12); cumulato 73% Dato 2023: Cardiologia 65% (volumi 159); Cardiochirugia 77% (volumi 17); cumulato 66,5% Dato aziendale 2024: 72% (volumi 196) Dato aziendale 2023: 66% (volumi 179)	90%	10,00	10,00
(A46) Attivazione percorso hub&spoke per procedure di emodinamica per pazienti ricoverati in modalità "va e vieni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio attivazione percorso "va e vieni" per pazienti ricoverati a San Daniele	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: Se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre obiettivo raggiunto al 100%; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D099) SOC CARDIOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Massimo Imazio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili" Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D28) Valutazione dell'approccio terapeutico correlato all'uso delle protesi valvolari aortiche per via percutanea con riferimento alle opportunità impiantabili a disposizione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di una valutazione che tenga conto delle opportunità di impiego dal maggior valore clinico e della sostenibilità, in collaborazione con il Dipartimento del Farmaco	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 30.06.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza** ***Peso***	**Comparto** ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D100) SOSD FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA ***Federico Reccardini***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024 (ott-dic): 1.104 Anno 2025: target con flessibilità 1%	4.400	30,00	30,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A47) Attività di ricovero					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza attivazione DH		Almeno 25 ricoveri DH	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D07) Efficientamento dell'appropriatezza di impiego delle terapie a maggior impatto di spesa					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza di un documento (place in therapy) da cui si evinca l'orientamento all'impiego delle terapie in funzione della gravità della patologia	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 30.06.2025	20,00	20,00	
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D101O) SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA ***Massimo Imazio ad interim***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 12.227 Anno 2023: 6.232	9.500	25,00	25,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.874 Anno 2023: 3.232	2.280	25,00	25,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	10,00	
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 8.428 Anno 2023: 9.488 ulteriormente esclusi cod. 89.48.1 ed ECG associati a visite di controllo	7.250	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.907 Anno 2023: 3.209	2.900	20,00	20,00
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.03] % visite cardiologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 72% Dato 2024 di SOC= 74% (volumi prenotazioni 239)	90%	10,00	10,00
(A73) Stesura della procedura "Gestione dei pace-maker e defibrillatori durante RMN"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Evidenza entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: Se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre obiettivo raggiunto al 100%; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili" Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D103) SOSD CARDIOLOGIA E MEDICINA DELLO SPORT ***Olga Vriz***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 10.618 Anno 2023: 9.921	9.100	25,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.028 Anno 2023: 3.698 Target 2025 da rivalutare con dotazione organica	3.100	25,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.03] % visite cardiologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024 da DGR: 72% Dato 2024 di SOC= 57% (San Daniele) (volumi prenotazioni 99)	90%	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: Se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre obiettivo raggiunto al 100%; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D103) SOSD CARDIOLOGIA E MEDICINA DELLO SPORT ***Olga Vriz***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili" Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C110) DIPARTIMENTO CARDIO-TORACICO-DAI

(D104) SOC CARDIOLOGIA PALMANOVA-LATISANA ***Giuseppe Di Fonzo sostituto***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 14.421 Anno 2023: 14.702 ulteriormente esclusi ECG associati a visite di controllo	12.800	25,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 7.346 Anno 2023: 6.511	7.350	25,00	25,00
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.03] % visite cardiologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 72% Dato 2024 di SOC= 78% (Latisana Palmanova) (volumi prenotazioni 1.504)	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: Se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre obiettivo raggiunto al 100%; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili" Griglia di valutazione: Se miglioramento >= 3% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	Aumento di almeno il 5% rispetto al I semestre	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 2.041 Dato 2023: 2.242	1.900	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.9] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore al Colon (Bersaglio C10.4.9)	Dato 2024: 91% (volumi 33) Dato 2023: 70% (volumi 47) Dato aziendale 2024: 93% (volumi 170) Dato aziendale 2023: 80% (volumi 201)	90%	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.09] % int.Colecistectomia laparoscopica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 64% (volumi 176) Dato 2023: 44% (volumi 187) Dato aziendale 2024: 67% (volumi 605) Dato aziendale 2023: 53% (volumi 592)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.10] % int. Riparazione Ernia inguinale erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 66% (volumi 299) Dato 2023: 35% (volumi 301) Dato aziendale 2024: 57% (volumi 1.572) Dato aziendale 2023: 52% (volumi 1.644)	90%	10,00	10,00
(A17) Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H05Z] Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z)	Dato 2024: 78% Dato 2023: 76%	90%	15,00	15,00
AREA: [B] Accountability				
(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaborare alla stesura di un documento con criteri di eleggibilità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D105) SOC CHIRURGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Uzzau Alessandro sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [B] Accountability				
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D106) SOC CHIRURGIA VASCOLARE ***Paolo Frigatti***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.999 Anno 2023: 5.648	6.000	15,00	15,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.028 Anno 2023: 4.780	5.030	15,00	15,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.07] % int. Endoarteriectomia carotidea erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 60% (volumi 164) Dato 2023: 5% (volumi 178) Dato aziendale 2024: 51% (volumi 168) Dato aziendale 2023: 6% (volumi 182)	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP **Modificato in monitoraggio**	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D106) SOC CHIRURGIA VASCOLARE ***Paolo Frigatti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D05) Condivisione/integrazione delle indicazioni sulle medicazioni avanzate elaborate nel corso del 2024 e successiva diffusione mediante incontri formativi volti al corretto e razionale impiego delle risorse correlate all'impiego di tali medicazioni				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione e contributo attivo al gruppo di lavoro per le medicazioni avanzate, con produzione e approvazione delle linee guida operative e delle schede di dettaglio e successiva condivisione della documentazione con tutte le SOC interessate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Redazione di un documento Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D30) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo ospedaliero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione di almeno il 2% del costo medio per medicazione (CND M040501) 2025 vs 2024	>=2% : Pienamente conseguito Riduzione spesa 2025 vs 2024 : Conseguito al 50% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Riduzione del >=2% costo medio medicazioni	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.161 Dato 2023: 1.004	1.170	10,00	20,00
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.9] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore al Colon (Bersaglio C10.4.9)	Dato 2024: 82% (volumi 38) Dato 2023: 57% (volumi 49) Dato aziendale 2024: 93% (volumi 170) Dato aziendale 2023: 80% (volumi 201)	90%	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.08] % int. di Emorroidectomia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 39% (volumi 51) Dato 2023: 35% (volumi 23) Dato aziendale 2024: 58% (volumi 244) Dato aziendale 2023: 45% (volumi 238)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.09] % int.Colecistectomia laparoscopica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 69% (volumi 84) Dato 2023: 54% (volumi 61) Dato aziendale 2024: 67% (volumi 605) Dato aziendale 2023: 53% (volumi 592)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.10] % int. Riparazione Ernia inguinale erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 37% (volumi 131) Dato 2023: 47% (volumi 81) Dato aziendale 2024: 57% (volumi 1.572) Dato aziendale 2023: 52% (volumi 1.644)	90%	10,00	10,00
(A17) Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H05Z] Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z)	Dato 2024: 82% Dato 2023: 83%	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(B32) Percorso di centraliz. hub-spoke in caso di dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presentazione bozza di documento "Gestione dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D107) SOC CLINICA CHIRURGICA ***Giovanni Terrosu***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/05/2025 Entro il 15/11/2025 Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 8.219 Anno 2023: 7.659	8.250	10,00	10,00

(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[TA_INT.04] % int. di Protesi di Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 43% (volumi 199) Dato 2023: 41% (volumi 212) Dato aziendale 2024: 33% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 31% (volumi 859)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
[TA_INT.05] % int. di Protesi d'Anca erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 42% (volumi 222) Dato 2023: 46% (volumi 220) Dato aziendale 2024: 41% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 37% (volumi 942)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
[TA_INT.06] % int. di Artroscopia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 78% (volumi 216) Dato 2023: 78% (volumi 227) Dato aziendale 2024: 68% (volumi 1.074) Dato aziendale 2023: 58% (volumi 1.155)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			

(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Sede di Palmanova	80%	10,00	10,00

(A141) Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio Migliorare la % di interventi chirurgici per la classe di Priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% int. di Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa–Priorità A	Dato SOC 2024: 52,4% (33 su 63)	>=90%	30,00	30,00
	Inserito in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D108) SOC CLINICA ORTOPEDICA ***Araldo Causero***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [B] Accountability				
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D32) Riduzione della spesa media per protesi di ginocchio attraverso l'individuazione dei dispositivi maggiormente costo/efficaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Redazione di un documento condiviso che individui, sulla base di criteri clinici di appropriatezza, la tipologia di protesi da impiegare con il miglior rapporto di costo/efficacia	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D108) SOC CLINICA ORTOPEDICA ***Araldo Causero***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D33) Riduzione della spesa media per protesi d'anca				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri	Punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52;81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73. Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60). Target Aziendale <=800€. Se inferiore o uguale mantenimento valore 2024. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	<=800 €	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 16.865 Anno 2023: 16.074	16.880	30,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			

(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 72% Dato 2023: 53% sedute operatorie al sabato e risorse aggiuntive	65%	20,00	20,00

AREA: [B] Accountability

(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Collaborare alla stesura di un documento con criteri di eleggibilità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			

(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(D33) Riduzione della spesa media per protesi d'anca				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri	Punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52;81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73. Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60). Target Aziendale <=800€. Se inferiore o uguale mantenimento valore 2024. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	<=800 €	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.385 Anno 2023: 4.133	4.400	10,00	10,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 582 Dato 2023: 590	500	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.13] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Melanoma (Bersaglio C10.4.13)	Dato 2024: 72% (volumi 32) Dato 2023: 24% (volumi 25) Dato aziendale 2024: 83% (volumi 120) Dato aziendale 2023: 55% (volumi 71)	90%	10,00	10,00
[C10.4.7] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore alla Mammella (Bersaglio C10.4.7)	Dato 2024: 66% (volumi 391) Dato 2023: 33% (volumi 407) Dato aziendale 2024: 78% (volumi 807) Dato aziendale 2023: 50% (volumi 732)	90%	10,00	10,00
(A07) Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (Bersaglio H03C) {A.1.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H03C] % nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un int. conservativo per Tumore della mammella (Bersaglio H03C)	Dato 2024: 13% Dato 2023: 12%	8,0%	10,00	10,00
(A08) Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella (Bersaglio C.10.2.2) {A.1.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C.10.2.2] % donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella nel ricovero per Tumore della mammella (Bersaglio C.10.2.2)	Dato 2024: 75% Dato 2023: 70%	75%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.070 Anno 2023: 4.277	5.070	25,00	25,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 1.741 Anno 2023: 1.700	1.750	25,00	25,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B14) Creazione percorso per pazienti degenti presso il SMM in caso di sospetta TVP/trombosi venosi accessi vascolari				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione dei criteri per la definizione dell'agenda dedicata	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D05) Condivisione/integrazione delle indicazioni sulle medicazioni avanzate elaborate nel corso del 2024 e successiva diffusione mediante incontri formativi volti al corretto e razionale impiego delle risorse correlate all'impiego di tali medicazioni				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione e contributo attivo al gruppo di lavoro per le medicazioni avanzate, con produzione e approvazione delle linee guida operative e delle schede di dettaglio e successiva condivisione della documentazione con tutte le SOC interessate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Redazione di un documento Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D30) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo ospedaliero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Riduzione di almeno il 5% del costo delle medicazioni (CND M) 2025 rispetto al 2024	>= -5% : Pienamente conseguito Riduzione spesa 2025 vs 2024 : Conseguito al 50% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	>= -5% costo medicazioni	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 23.107 Anno 2023: 24.021	23.110	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.512 Anno 2023: 3.768	4.530	10,00	10,00
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.05] % visite gastroenterologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 17% Dato 2024 di SOC= 29% (Udine Cividale) (volumi prenotazioni 233)	90%	10,00	10,00
[TA_PREST.06] % colonscopie con endoscopio flessibile erogate entro i tempi per priorità B - residenti FVG (cod. 45.23)	Dato aziendale 2024: 14% Dato 2024 di SOC= 13% (Udine) (volumi prenotazioni 446)	90%	10,00	10,00
(A28) Screening colon retto: Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello {1.5.3.c}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_COL.02] % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	69,4% (Inviti fino a luglio 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento completata	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D112) SOC GASTROENTEROLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Debora Berretti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D02) Assicurare l'impiego delle terapie (anti TNF alfa) con modalità di somministrazione sottocute in un numero di pazienti non superiore all'anno 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Quantità di formulazioni sottocute non superiori all'anno precedente quando risulti disponibile altra formulazione del medesimo principio attivo per i pazienti naive per formulazione	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Quantità SC 2025 non può superare un incremento del 25% rispetto il 2024	10,00	10,00
	Modificato per monitoraggio			
(D20) Nel morbo di Crohn e in tutti i casi clinicamente possibili assicurare il ricorso al medicinale dal miglior rapporto di costo efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Assicurare che almeno l'85% del totale delle quantità erogate sia costituito da medicinali biosimilari	Al fine della valutazione dell'indicatore, nelle prescrizioni PSM sarà indicata opportuna codifica concordata con la SOC Politiche del Farmaco Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Almeno l'85% di medicinali biosimilari sul totale delle quantità erogate	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 11.616 Anno 2023: 10.415	11.620	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.192 Anno 2023: 2.193	2.200	10,00	10,00
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.05] % visite gastroenterologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 17% Dato 2024 di SOC= 9% (volumi prenotazioni 365)	90%	10,00	10,00
[TA_PREST.06] % colonscopie con endoscopio flessibile erogate entro i tempi per priorità B - residenti FVG (cod. 45.23)	Dato aziendale 2024: 14% Dato 2024 di SOC= 12% (volumi prenotazioni 401)	90%	10,00	10,00
(A28) Screening colon retto: Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello {1.5.3.c}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_COL.02] % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	82,8% (sede Palmanova, Inviti fino a luglio 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento completata	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D02) Assicurare l'impiego delle terapie (anti TNF alfa) con modalità di somministrazione sottocute in un numero di pazienti non superiore all'anno 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Quantità di formulazioni sottocute non superiori all'anno precedente quando risulti disponibile altra formulazione del medesimo principio attivo per i pazienti naive per formulazione	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Quantità SC 2025 non può superare un incremento del 25% rispetto il 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D20) Nel morbo di Crohn e in tutti i casi clinicamente possibili assicurare il ricorso al medicinale dal miglior rapporto di costo efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Assicurare che almeno l'85% del totale delle quantità erogate sia costituito da medicinali biosimilari	Al fine della valutazione dell'indicatore, nelle prescrizioni PSM sarà indicata opportuna codifica concordata con la SOC Politiche del Farmaco Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Almeno l'85% di medicinali biosimilari sul totale delle quantità erogate per medicinali a brevetto scaduto	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 16.059 Anno 2023: 14.078	16.060	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 821 Anno 2023: 674	820	10,00	10,00
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.05] % visite gastroenterologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 17% Dato 2024 di SOC= 24% (S.Daniele Tolmezzo) (volumi prenotazioni 68)	90%	10,00	10,00
[TA_PREST.06] % colonscopie con endoscopio flessibile erogate entro i tempi per priorità B - residenti FVG (cod. 45.23)	Dato aziendale 2024: 14% Dato 2024 di SOC= 19% (S.Daniele Tolmezzo) (volumi prenotazioni 221)	90%	10,00	10,00
(A28) Screening colon retto: Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello {1.5.3.c}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_COL.02] % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	71,4% (Inviti fino a luglio 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento completata	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D02) Assicurare l'impiego delle terapie (anti TNF alfa) con modalità di somministrazione sottocute in un numero di pazienti non superiore all'anno 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Quantità di formulazioni sottocute non superiori all'anno precedente quando risulti disponibile altra formulazione del medesimo principio attivo per i pazienti naive per formulazione	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Quantità SC 2025 non può superare un incremento del 25% rispetto il 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D20) Nel morbo di Crohn e in tutti i casi clinicamente possibili assicurare il ricorso al medicinale dal miglior rapporto di costo efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Assicurare che almeno l'85% del totale delle quantità erogate sia costituito da medicinali biosimilari	Al fine della valutazione dell'indicatore, nelle prescrizioni PSM sarà indicata opportuna codifica concordata con la SOC Politiche del Farmaco Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Almeno l'85% di medicinali biosimilari sul totale delle quantità erogate per medicinali a brevetto scaduto	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 7.660 Anno 2023: 7.007	7.660	15,00	15,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 11.883 Anno 2023: 9.776	11.900	15,00	15,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.550 Dato 2023: 1.092	1.600	10,00	10,00
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.8] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore alla Prostata (Bersaglio C10.4.8)	Dato 2024: 61% (volumi 36) Dato 2023: 48% (volumi 44) Dato aziendale 2024: 59% (volumi 51) Dato aziendale 2023: 46% (volumi 54)	90%	10,00	10,00
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.02] % visite urologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 66% Dato 2024 di SOC= 65% (Udine Cividale Palmanova) (volumi prenotazioni 1967)	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaborare alla stesura di un documento con criteri di eleggibilità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025		
	Stralciato in monitoraggio			
(B48) Revisione del percorso del paziente chirurgico in prericovero				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della diffusione delle indicazioni della DMP	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/9/2025	10,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(B07) Attivazione percorso di imaging RM del tumore della vescica (stadiazione e ristadiazione)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di 20 casi acquisiti	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C120) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D115) SOC UROLOGIA ***Alessandro Crestani***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D29) Valutazione operativa dell'utilizzo di strumenti diagnostici alternativi a quelli di impiego corrente a miglior rapporto costo-efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle valutazioni operative/test per le opzioni diagnostiche considerate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/08/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.7] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore alla Mammella (Bersaglio C10.4.7)	Dato 2024: 96% (volumi 130) Dato 2023: 67% (volumi 92) Dato aziendale 2024: 78% (volumi 807) Dato aziendale 2023: 50% (volumi 732)	90%	10,00	10,00
(A07) Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (Bersaglio H03C) {A.1.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H03C] % nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un int. conservativo per Tumore della mammella (Bersaglio H03C)	Dato 2024: 16% Dato 2023: 20%	8,0%	10,00	10,00
(A08) Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella (Bersaglio C.10.2.2) {A.1.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C.10.2.2] % donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella nel ricovero per Tumore della mammella (Bersaglio C.10.2.2)	Dato 2024: 88% Dato 2023: 87%	75%	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.08] % int. di Emorroidectomia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 85% (volumi 40) Dato 2023: 52% (volumi 46) Dato aziendale 2024: 58% (volumi 244) Dato aziendale 2023: 45% (volumi 238)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.09] % int.Colecistectomia laparoscopica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 64% (volumi 61) Dato 2023: 54% (volumi 69) Dato aziendale 2024: 67% (volumi 605) Dato aziendale 2023: 53% (volumi 592)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.10] % int. Riparazione Ernia inguinale erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 47% (volumi 155) Dato 2023: 43% (volumi 159) Dato aziendale 2024: 57% (volumi 1.572) Dato aziendale 2023: 52% (volumi 1.644)	90%	10,00	10,00
(A17) Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H05Z] Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z)	Dato 2024: 87% Dato 2023: 94%	90%	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C130) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.DANIELE-TOLMEZZO

(D116) SOC CHIRURGIA S.DANIELE ***Vittorio Bresadola***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.08] % int. di Emorroidectomia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 62% (volumi 39) Dato 2023: 47% (volumi 34) Dato aziendale 2024: 58% (volumi 244) Dato aziendale 2023: 45% (volumi 238)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.09] % int.Colecistectomia laparoscopica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 77% (volumi 86) Dato 2023: 80% (volumi 88) Dato aziendale 2024: 67% (volumi 605) Dato aziendale 2023: 53% (volumi 592)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.10] % int. Riparazione Ernia inguinale erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 65% (volumi 247) Dato 2023: 65% (volumi 262) Dato aziendale 2024: 57% (volumi 1.572) Dato aziendale 2023: 52% (volumi 1.644)	90%	10,00	10,00
(A17) Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H05Z] Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z)	Dato 2024: 84% Dato 2023: 92%	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 11.602 Anno 2023: 11.212	11.600	10,00	10,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.073 Dato 2023: 1.122	1.080	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.04] % int. di Protesi di Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 46% (volumi 102) Dato 2023: 1% (volumi 90) Dato aziendale 2024: 33% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 31% (volumi 859)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
[TA_INT.05] % int. di Protesi d'Anca erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 38% (volumi 95) Dato 2023: 13% (volumi 129) Dato aziendale 2024: 41% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 37% (volumi 942)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
[TA_INT.06] % int. di Artroscopia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 24% (volumi 122) Dato 2023: 6% (volumi 174) Dato aziendale 2024: 68% (volumi 1.074) Dato aziendale 2023: 58% (volumi 1.155)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.09] % visite ortopediche erogate entro i tempi per prioorità B - residenti FVG (cod. 89.7.B.7)	Dato aziendale 2024: 24% Dato 2024 di SOC= 32% (volumi prenotazioni 457)	90%	10,00	10,00
(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 82% Dato 2023: 80%	80%	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C130) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.DANIELE-TOLMEZZO

(D118) SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA S.DANIELE ***Silvio Demitri***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A141) Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio Migliorare la % di interventi chirurgici per la classe di Priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% int. di Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa– Priorità A	Dato SOC 2024: 26,1% (18 su 69)	>=90%	30,00	30,00
	Inserito in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D32) Riduzione della spesa media per protesi di ginocchio attraverso l'individuazione dei dispositivi maggiormente costo/efficaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Redazione di un documento condiviso che individui, sulla base di criteri clinici di appropriatezza, la tipologia di protesi da impiegare con il miglior rapporto di costo/efficacia	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D33) Riduzione della spesa media per protesi d'anca				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri	Punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52;81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73. Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60). Target Aziendale <=800€. Se inferiore o uguale mantenimento valore 2024. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	<=800 €	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza** ***Peso***	**Comparto** ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 15.519 Anno 2023: 14.483	15.420	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.030 Dato 2023: 1.088	1.050	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.04] % int. di Protesi di Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 26% (volumi 80) Dato 2023: 10% (volumi 90) Dato aziendale 2024: 33% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 31% (volumi 859)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
[TA_INT.05] % int. di Protesi d'Anca erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 39% (volumi 125) Dato 2023: 12% (volumi 125) Dato aziendale 2024: 41% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 37% (volumi 942)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
[TA_INT.06] % int. di Artroscopia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 62% (volumi 79) Dato 2023: 26% (volumi 87) Dato aziendale 2024: 68% (volumi 1.074) Dato aziendale 2023: 58% (volumi 1.155)	90%		
	Stralciato in monitoraggio			
(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_PREST.09] % visite ortopediche erogate entro i tempi per prioorità B - residenti FVG (cod. 89.7.B.7)	Dato aziendale 2024: 24% Dato 2024 di SOC= 15% (sedi Tolmezzo Tarvisio Gemona) (volumi prenotazioni 1845)	90%	10,00	10,00
(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 63% Dato 2023: 78%	80%	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C130) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.DANIELE-TOLMEZZO

(D119) SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA TOLMEZZO ***Enrick Miani***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A141) Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio Migliorare la % di interventi chirurgici per la classe di Priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% int. di Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa– Priorità A	Dato SOC 2024: 57,1% (16 su 28)	>=90%	30,00	30,00
	Inserito in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D32) Riduzione della spesa media per protesi di ginocchio attraverso l'individuazione dei dispositivi maggiormente costo/efficaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Redazione di un documento condiviso che individui, sulla base di criteri clinici di appropriatezza, la tipologia di protesi da impiegare con il miglior rapporto di costo/efficacia	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D33) Riduzione della spesa media per protesi d'anca				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri	Punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52;81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73. Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60). Target Aziendale <=800€. Se inferiore o uguale mantenimento valore 2024. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	<=800 €	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 17.400 Anno 2023: 16.852	17.400	15,00	15,00
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 576 Dato 2023: 645	580	15,00	15,00
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.14] % prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore maligno Tiroide (Bersaglio C10.4.14)	Dato 2024: 91% (volumi 11) Dato 2023: 90% (volumi 19) Dato aziendale 2024: 72% (volumi 76) Dato aziendale 2023: 47% (volumi 77)	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C130) DIPARTIMENTO CHIRURGICO S.DANIELE-TOLMEZZO

(D120) SOC OTORINOLARINGOIATRIA S.DANIELE-TOLMEZZO ***Maria Gabriella Rugiu***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D07) Efficientamento dell'appropriatezza di impiego delle terapie a maggior impatto di spesa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un documento (place in therapy) da cui si evinca l'orientamento all'impiego delle terapie in funzione della gravità della patologia in collaborazione con le altre SOC di Otorinolaringoiatria dell'Azienda	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 30.06.2025	10,00	10,00
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.570 Anno 2023: 2.242	2.600	10,00	10,00

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 440 Dato 2023: 390	450	10,00	10,00

(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[C10.4.8] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore alla Prostata (Bersaglio C10.4.8)	Dato 2024: 75% (volumi 32) Dato 2023: 77% (volumi 30) Dato aziendale 2024: 76% (volumi 173) Dato aziendale 2023: 58% (volumi 120)	90%	10,00	10,00

(A15) Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B {C.3.3}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[TA_PREST.02] % visite urologiche erogate entro i tempi per priorià B - residenti FVG	Dato aziendale 2024: 66% Dato 2024 di SOSD= 55% (Tolmezzo S.Daniele Codroipo) (volumi prenotazioni 82)	90%	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione		20,00

(B15) Definire una procedura standardizzata sull'esecuzione della biopsia prostatica

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 30/9/2025	10,00	

(B17) Definizione di un percorso fast track tra urologie spoke e urologia hub

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza delle indicazioni operative condivise tra le Strutture entro il 30/9/25.	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 30/9/2025	10,00	

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00	10,00

(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00	10,00

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(D29) Valutazione operativa dell'utilizzo di strumenti diagnostici alternativi a quelli di impiego corrente a miglior rapporto costo-efficacia

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza delle valutazioni operative/test per le opzioni diagnostiche considerate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/08/2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C140) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA

(D122) SOC CHIRURGIA PALMANOVA-LATISANA ***Mario Sorrentino***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza			
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[C10.4.7] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore alla Mammella (Bersaglio C10.4.7)	Dato 2024: 91% (volumi 90) Dato 2023: 87% (volumi 87) Dato aziendale 2024: 78% (volumi 807) Dato aziendale 2023: 50% (volumi 732)	90%	10,00
[C10.4.9] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore al Colon (Bersaglio C10.4.9)	Dato 2024: 100% (volumi 37) Dato 2023: 100% (volumi 43) Dato aziendale 2024: 93% (volumi 170) Dato aziendale 2023: 80% (volumi 201)	90%	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[TA_INT.08] % int. di Emorroidectomia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 70% (volumi 60) Dato 2023: 53% (volumi 70) Dato aziendale 2024: 58% (volumi 244) Dato aziendale 2023: 45% (volumi 238)	90%	10,00
[TA_INT.09] % int.Colecistectomia laparoscopica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 60% (volumi 120) Dato 2023: 49% (volumi 106) Dato aziendale 2024: 67% (volumi 605) Dato aziendale 2023: 53% (volumi 592)	90%	10,00
[TA_INT.10] % int. Riparazione Ernia inguinale erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 74% (volumi 391) Dato 2023: 79% (volumi 479) Dato aziendale 2024: 57% (volumi 1.572) Dato aziendale 2023: 52% (volumi 1.644)	90%	10,00
(A17) Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z) {4.1}			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[H05Z] Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z)	Dato 2024: 96% Dato 2023: 88%	90%	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C140) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA

(D122) SOC CHIRURGIA PALMANOVA-LATISANA ***Mario Sorrentino***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa			
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza			
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 13.114 Anno 2023: 10.578	13.120	20,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 10.052 Anno 2023: 9.820	10.050	20,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa			
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D17) Miglioramento della sostenibilità d'impiego delle IOL			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Riduzione costo medio IOL nell'ambito di lotti omogenei di prodotti equivalenti a gara ARCS	Se II semestre 2025 < I semestre 2025 obiettivo conseguito al 50% Valutazione Dpt del Farmaco	Costo anno 2025 < costo anno 2024	10,00
	Modificato in monitoraggio		
(D09_1) 1.Favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole.			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Definire un place in therapy volto a massimizzare l'impiego costo-efficace delle opzioni terapeutiche disponibili. In linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favorire l'utilizzo del p.a. bev	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di un algoritmo prescrittivo.	20,00
(D09_2) 2.Favorire l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole.			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
% bevacizumab o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole* sul totale della quantità di medicinali impiegati nel trattamento della AMD e DME	A norma della Nota AIFA n° 98. *In grado di ridurre il numero di accessi alla struttura pubblica liberando risorse di personale e logistica Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	>=40%	10,00
	Modificato in monitoraggio		

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza			
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[TA_INT.04] % int. di Protesi di Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 5% (volumi 37) Dato 2023: 23% (volumi 61) Dato aziendale 2024: 33% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 31% (volumi 859)	90%	
	Stralciato in monitoraggio		
[TA_INT.05] % int. di Protesi d'Anca erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 22% (volumi 45) Dato 2023: 20% (volumi 80) Dato aziendale 2024: 41% (volumi 876) Dato aziendale 2023: 37% (volumi 942)	90%	
	Stralciato in monitoraggio		
[TA_INT.06] % int. di Artroscopia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 47% (volumi 71) Dato 2023: 53% (volumi 114) Dato aziendale 2024: 68% (volumi 1.074) Dato aziendale 2023: 58% (volumi 1.155)	90%	
	Stralciato in monitoraggio		

(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 21% Dato 2023: 58%	80%	10,00

(A141) Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio Migliorare la % di interventi chirurgici per la classe di Priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
% int. di Artroscopia, Protesi d'Anca e Ginocchio erogati nel rispetto dei tempi max di attesa– Priorità A	Dato 2024: 22,2% (N° interventi 63 di cui con tempo rispettato 14)	>=90%	30,00
	Inserito in monitoraggio		

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa			
(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	10,00
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D32) Riduzione della spesa media per protesi di ginocchio attraverso l'individuazione dei dispositivi maggiormente costo/efficaci			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Redazione di un documento condiviso che individui, sulla base di criteri clinici di appropriatezza, la tipologia di protesi da impiegare con il miglior rapporto di costo/efficacia	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31.12.2025	10,00
	Modificato in monitoraggio		
(D33) Riduzione della spesa media per protesi d'anca			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri.	Punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52;81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73. Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60). Target Aziendale <=800€. Se inferiore o uguale mantenimento valore 2024. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	<=800 €	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 10.224 Anno 2023: 9.104	10.230	25,00

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 509 Dato 2023: 478	420	25,00
	Modificato in monitoraggio		

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C11) Corretto utilizzo del registro informatizzato (ADT) per le liste di attesa e di presa in carico

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
Tasso di utilizzo delle liste di attesa su ADT per i ricoveri chirurgici programmati (RO e DH)	E' da intendersi che tutti i ricoveri chirurgici elettivi (no ingresso da PS e indipendentemente dall'onere del ricovero) devono essere registrati e transitare da una lista di attesa ADT Modalità di attribuzione del punteggio: - X >= 90% --> 100% - 85 <= X < 90% --> 90% - 80% <= X < 85% --> 75% - 70% <= X < 80% --> 50% - X < 70% --> 0 Valutazione a cura di: GSP Fonte dei dati: ADT	> 90%	15,00

(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT	0	15,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C140) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA

(D125) SOC OTORINOLARINGOIATRIA PALMANOVA-LATISANA ***Stefano Palma***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D07) Efficientamento dell'appropriatezza di impiego delle terapie a maggior impatto di spesa			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Evidenza di un documento (place in therapy) da cui si evinca l'orientamento all'impiego delle terapie in funzione della gravità della patologia in collaborazione con le altre SOC di Otorinolaringoiatria dell'Azienda	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 30.06.2025	10,00
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C140) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA

(D224) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA ***Mario Sorrentino***

OBIETTIVI		PUNTEGGI		
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C10.4.7] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore alla Mammella (Bersaglio C10.4.7)	Dato 2024: 91% (volumi 90) Dato 2023: 87% (volumi 87) Dato aziendale 2024: 78% (volumi 807) Dato aziendale 2023: 50% (volumi 732)	90%	10,00	10,00
[C10.4.9] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore al Colon (Bersaglio C10.4.9)	Dato 2024: 100% (volumi 37) Dato 2023: 100% (volumi 43) Dato aziendale 2024: 93% (volumi 170) Dato aziendale 2023: 80% (volumi 201)	90%	10,00	10,00
(A14) Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le tutte le priorità {C.3.3}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[TA_INT.08] % int. di Emorroidectomia erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 70% (volumi 60) Dato 2023: 53% (volumi 70) Dato aziendale 2024: 58% (volumi 244) Dato aziendale 2023: 45% (volumi 238)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.09] % int.Colecistectomia laparoscopica erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 60% (volumi 120) Dato 2023: 49% (volumi 106) Dato aziendale 2024: 67% (volumi 605) Dato aziendale 2023: 53% (volumi 592)	90%	10,00	10,00
[TA_INT.10] % int. Riparazione Ernia inguinale erogati nel rispetto dei tempi max di attesa - tutte le priorità	Dato 2024: 74% (volumi 391) Dato 2023: 79% (volumi 479) Dato aziendale 2024: 57% (volumi 1.572) Dato aziendale 2023: 52% (volumi 1.644)	90%	10,00	10,00
(A17) Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H05Z] Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (Lea NSG H05Z)	Dato 2024: 96% Dato 2023: 88%	90%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione		10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C140) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA

(D224) DIPARTIMENTO CHIRURGICO PALMANOVA-LATISANA ***Mario Sorrentino***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C14) Gestione, Pulizia e aggiornamento delle liste di attesa di ricovero ed intervento chirurgico programmato (ADT e G2 Clinico)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
al 31/12/2025, Numero episodi di lista attivi con data inserimento in lista < = al 2024 (per le classi di priorità A e B); < = al 2021 (per le classi di priorità C) < = al 2020 (per le classi di priorità D)	Le liste di attesa informatizzate devono rappresentare sempre la situazione reale rispetto ai pazienti "idonei" in attesa di un intervento chirurgico. Modalità di attribuzione del punteggio: - Se X = 0 --> 100% - Se X <> 0, con motivazione valida nella relazione --> 100% - Se X <> 0, senza motivazione valida nella relazione --> 0 Valutazione a cura di: GSP/ RUA Fonte dei dati: ADT (limitatamente alla SOC di chirurgia)	0	20,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI		PUNTEGGI		
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 3.871 Anno 2023: 3.682 escl. Diagnosi e riabilitazione perineale	3.900	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 3.350 Anno 2023: 3.007 escl. Diagnosi e riabilitazione perineale	3.360	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 168 Dato 2023: 158	170	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	10,00
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	10,00	10,00
(B44_4) 4.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione procedura clinico/assistenziale/riabilitativa elaborata in applicazione a Linee Guida che dimostri il miglioramento nei processi	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 procedura	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D126) SOC GRAVI CEREBROLESIONI E RIABILITAZIONE GENERALE ***Emanuele Biasutti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D128) SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA ***Orietta Coletti sostituto***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024 = 15.884 Anno 2023 = 15.873	15.900	40,00	40,00	
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	10,00	
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	20,00	20,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 39.236 Anno 2023: 22.920	40.000	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.343 Anno 2023: 3.330	3.000	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 100 Dato 2023: 96	110	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [B] Accountability

(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00

(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	10,00

(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	10,00	10,00

(B44_4) 4.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Definizione procedura clinico/assistenziale/riabilitativa elaborata in applicazione a Linee Guida che dimostri il miglioramento nei processi	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 procedura	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D129) SOC RIABILITAZIONE INTENSIVA PRECOCE ***Andrea Celia***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D130) SOC RIABILITAZIONE PALMANOVA-LATISANA ***Claudio Rosin sostituto***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024 = 35.894 Anno 2023 = 38.558	32.600	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 270 Dato 2023: 272	280	20,00	20,00	
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B01) Aderenza procedura "La presa in carico e il percorso riabilitativo del paziente ricoverato nei presidi ospedalieri dell'ASUFC"					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza dell'avvio dell'attività	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Almeno 1.000 valutazioni funzionali	20,00	20,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D131) SOC RIABILITAZIONE S.DANIELE-TOLMEZZO ***Lorenzo Somma***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 59.624 Anno 2023: 62.082	47.100	25,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 8.027 Anno 2023: 7.605	7.390	25,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B01) Aderenza procedura "La presa in carico e il percorso riabilitativo del paziente ricoverato nei presidi ospedalieri dell'ASUFC"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'avvio dell'attività	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Almeno 1.000 valutazioni funzionali	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 1.156 Anno 2023: 1.055 comprende Diagnosi e riabilitazione perineale	2.000	15,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 151 Dato 2023: 147	150	15,00	
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	10,00
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	10,00	10,00
(B44_4) 4.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definizione procedura clinico/assistenziale/riabilitativa elaborata in applicazione a Linee Guida che dimostri il miglioramento nei processi	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 procedura	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D132) SOC UNITA' SPINALE ***Emiliana Bizzarini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D133) SOSD RIABILITAZIONE PATOLOGIE AD ESORDIO INFANTILE ***Stefano Schierano***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.167 Anno 2023: 4.075	3.400	30,00	30,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.797 Anno 2023: 3.140	2.800	30,00	30,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	15,00	15,00	
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	15,00	15,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026			
	Stralciato in monitoraggio				

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D134) SOSD UNITA' RIABILITATIVE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE ***Laura Cecotti***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 12.888 Anno 2023: 11.015	13.600	40,00	40,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B44_1) 1.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Contribuire al monitoraggio degli indicatori: alimentazione trimestrale del database	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza dell'alimentazione del database	10,00	10,00
(B44_3) 3.Realizzazione delle attività propedeutiche alla visita di accreditamento Joint Commission International				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza azioni di miglioramento su un tema prioritario per la sicurezza dei pazienti	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza di almeno 1 azione di miglioramento	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C150) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO

(D225) DIPARTIMENTO RIABILITATIVO ***Emanuele Biasutti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024 = 39.291 Anno 2023 = 36.288 Prestazioni di Dipartimento Medicina Riabilitativa Sedi Gervasutta e Udine	27.000	25,00	25,00
	Modificato in monitoraggio			
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024 = 797 Anno 2023 = 348 Prestazioni di Dipartimento Medicina Riabilitativa Sedi Gervasutta e Distretto Udine	800	30,00	30,00
AREA: [B] Accountability				
(B11) Avvio SDO Riabilitativa				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Utilizzo della SDO-R	Monitoraggio a cura della Direzione Medica di Presidio	Almeno il 90% delle dimissioni 2025 ha la SDO-R compilata	15,00	15,00
(B52_1) Revisione percorsi ambulatoriali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'attività negli Ambulatori Riabilitativi Dedicati (ARD)	Monitoraggio a cura Programmazione Attuativa	100 visite complessive per gli Ambulatori GCA, ICTUS, Parkinsonismo, Sclerosi Multipla	15,00	15,00
	Modificato in monitoraggio			
(B52_2) Revisione percorsi ambulatoriali				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della definizione degli elementi per la configurazione delle agende	Monitoraggio a cura della Direzione Medica di Presidio	Entro il 30/09/2025	15,00	15,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 31.622 Anno 2023: 26.811	31.650	10,00	10,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 19.032 Anno 2023: 18.173	19.050	20,00	10,00

(A13) Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa {C.3.2}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[C10.4.12] % di prestazioni erogate nei tempi max di attesa in Classe A per interventi di Tumore all'Utero (Bersaglio C10.4.12)	Dato 2024: 94% (volumi 125) Dato 2023: 56% (volumi 105) Dato aziendale 2024: 94% (volumi 140) Dato aziendale 2023: 61% (volumi 118)	90%	10,00	10,00

(A19) Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV) (Bersaglio C7.3) {4.2}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[C7.3] % di episiotomie depurate (NTSV) (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 31% Dato 2023: 36%	20%	10,00	10,00

(A20) Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6) {4.2}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[C7.6] Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6)	Dato 2024: 8,7% Dato 2023: 8,7%	7,5%	10,00	10,00

(A23) Screening Cervice Uterina:Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello {1.5.1.d}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[SCR_CERV.01] Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del I livello	50,5% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025		10,00

(B16) Definizione del percorso di centralizzazione (spoke - hub) in caso di gravidanze ad alto rischio

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Predisposizione proposta di "Gestione delle centralizzazioni delle gravidanze ad alto rischio"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D135) SOC CLINICA OSTETRICIA-GINECOLOGIA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Lorenza Driul***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D136) SOC CLINICA PEDIATRICA ***Paola Cogo***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 24.353 Anno 2023: 20.615	24.300	25,00	25,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.744 Dato 2023: 1.524	1.600	25,00	25,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	30,00	
(B32) Percorso di centraliz. hub-spoke in caso di dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Presentazione bozza di documento "Gestione dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	20,00		
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 3.169 Anno 2023: 2.564	3.170	20,00	20,00	
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.919 Dato 2023: 1.822	1.800	20,00	20,00	
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B18) Definizione di un percorso per assistere il neonato con distress respiratorio in NCPAP durante il pelle a pelle in sala parto					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Condivisione tra professionisti di una proposta di percorso	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa					
(C15) Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio {1.1.11..d}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Percentuale dei nati prematuri < 32° settimana di età gestazionale a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	Ex NIDA Autovalutazione con report da parte della Struttura	>=90%	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D137) SOC NEONATOLOGIA ***Carla Pittini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 10.896 Anno 2023: 10.242	9.900	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 11.618 Anno 2023: 11.410	11.200	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A19) Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV) (Bersaglio C7.3) {4.2}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[C7.3] % di episiotomie depurate (NTSV) (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 11% Dato 2023: 22%	20%	15,00	15,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A20) Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6) {4.2}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[C7.6] Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6)	Dato 2024: 8,1% Dato 2023: 7,5%	7,5%	15,00	15,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A23) Screening Cervice Uterina:Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello {1.5.1.d}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[SCR_CERV.01] Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del I livello	10,7% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%			
	Stralciato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B09) Attività propedeutiche ai percorsi per l'accreditamento PMA					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza di partecipazione a visite ispettive/incontri formativi. Numero di sopralluoghi con DMO, numero di procedure riviste/prodotte >3	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Evidenze entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
(B12) Compilazione corretta e invio entro il 15 del mese successivo dalla data di ricovero delle Schede ISTAT di IVG e aborto spontaneo					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Invio delle schede in DMP nei tempi indicati	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP 1 monitoraggio a fine anno	>=90%	10,00	10,00	
(B16) Definizione del percorso di centralizzazione (spoke - hub) in caso di gravidanze ad alto rischio					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Predisposizione proposta di "Gestione delle centralizzazioni delle gravidanze ad alto rischio"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D138) SOC OSTETRICIA-GINECOLOGIA S.DANIELE ***Michele Vanin***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D139) SOC PEDIATRIA S.DANIELE ***Maria Paola Miani***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Da rivedere in fase di monitoraggio Anno 2024: 4.976 Anno 2023: 4.924	4.430	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 1.094 Dato 2023: 1.067	860	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	20,00	20,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	20,00	
(B32) Percorso di centraliz. hub-spoke in caso di dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Presentazione bozza di documento "Gestione dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00		
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.588 Anno 2023: 4.621 Ridefinizione del target in sede di monitoraggio per variazione dotazione organica	4.700	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 6.995 Anno 2023: 7.482 Ridefinizione del target in sede di monitoraggio per variazione dotazione organica	6.130	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A19) Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV) (Bersaglio C7.3) {4.2}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[C7.3] % di episiotomie depurate (NTSV) (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 13% Dato 2023: 9%	20%	10,00	10,00	
(A20) Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6) {4.2}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[C7.6] Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6)	Dato 2024: 11,2% Dato 2023: 10,8%	7,5%	10,00	10,00	
(A23) Screening Cervice Uterina:Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello {1.5.1.d}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[SCR_CERV.01] Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del I livello	12,2% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik) Ridefinizione del target in sede di monitorggio per variazione dotazione organica	90,0%	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B16) Definizione del percorso di centralizzazione (spoke - hub) in caso di gravidanze ad alto rischio					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Predisposizione proposta di "Gestione delle centralizzazioni delle gravidanze ad alto rischio"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
(B34) Percorso donazione di placenta: avvio nel P.O. SD/TO					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza dell'avvio dell'attività	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Almeno una donazione nel 2025	10,00	10,00	
(B43) Realizzazione del progetto 'Le cure che nutrono (Nurturing Care)'"					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Relazione sull'attività svolta da parte del Direttore di SOSD con almeno 2 incontri/eventi documentati	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Almeno 2 incontri/eventi documentati entro il 31.12.2025	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D140) SOSD OSTETRICIA-GINECOLOGIA TOLMEZZO ***Giuseppe Graziano***

OBIETTIVI	PUNTEGGI

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	*Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D141) SOSD PEDIATRIA TOLMEZZO ***Ingrid Toller***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 3.511 Anno 2023: 3.531	3.350	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Target 2025 condizionato dalla dotazione organica. Da rivedere in fase di monitoraggio Dato 2024: 679 Dato 2023: 661	570	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	20,00	
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B32) Percorso di centraliz. hub-spoke in caso di dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Presentazione bozza di documento "Gestione dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00		
	Modificato in monitoraggio				
(B43) Realizzazione del progetto 'Le cure che nutrono (Nurturing Care)'"					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza di almeno 2 incontri/eventi documentati	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Almeno 2 incontri/eventi documentati entro il 31.12.2025	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D141) SOSD PEDIATRIA TOLMEZZO ***Ingrid Toller***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 8.139 Anno 2023: 7.432	6.700	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A02) Incremento/mantenimento attività ricovero				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_RIC] Volumi totali attività di ricovero	Dato 2024: 820 Dato 2023: 870	700	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	20,00	20,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	20,00
(B32) Percorso di centraliz. hub-spoke in caso di dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presentazione bozza di documento "Gestione dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C160) DIPARTIMENTO MAMMA-BAMBINO-DAI

(D143) SOC OSTETRICIA-GINECOLOGIA LATISANA-PALMANOVA ***Simona Melazzini***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024: 29.846	27.400	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A19) Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV) (Bersaglio C7.3) {4.2}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[C7.3] % di episiotomie depurate (NTSV) (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 6% Dato 2023: 17%	20%	10,00	10,00	
(A20) Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6) {4.2}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[C7.6] Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Bersaglio C7.6)	Dato 2024: 6,0% Dato 2023: 7,6%	7,5%	10,00	10,00	
(A23) Screening Cervice Uterina:Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello {1.5.1.d}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[SCR_CERV.01] Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del I livello	53,9% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	20,00	
(B16) Definizione del percorso di centralizzazione (spoke - hub) in caso di gravidanze ad alto rischio					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Predisposizione proposta di "Gestione delle centralizzazioni delle gravidanze ad alto rischio"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	20,00	10,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D144) SOC ANATOMIA PATOLOGICA ***Pegolo Enrico ad interim***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	43.487 (2024) 45.319 (2023) Fonte: reportistica aziendale OSLO	38.100	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A29) Screening colon retto: Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico {1.5.3.d}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_COL.03] % esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dalla colonscopia di screening	80,4% (Inviti fino a luglio 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	85,0%	20,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D144) SOC ANATOMIA PATOLOGICA ***Pegolo Enrico ad interim***

OBIETTIVI	PUNTEGGI

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/7/2025		10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	*Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 78.653 Dato 2023: 67.408 Fonte: reportistica aziendale OSLO	60.000	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
(A26) Screening mammografico: Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico {1.5.2.d}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[SCR_MAM.03] % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	99,4% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	85,0%	20,00	10,00	
(A29) Screening colon retto: Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico {1.5.3.d}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[SCR_COL.03] % esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dalla colonscopia di screening	80,4% (Inviti fino a luglio 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	85,0%	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00	
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D145) SOC ISTITUTO ANATOMIA PATOLOGICA ***Pegolo Enrico sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/7/2025		10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D146) SOC ISTITUTO FARMACOLOGIA CLINICA ***Massimo Baraldo***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Tolleranza 5% Anno 2024= 30.689 Anno 2023= 26.053	30.700	20,00	30,00
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024= 409 Anno 2023= 224	420	20,00	
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	20,00
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	
(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/7/2025		20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D147) SOC ISTITUTO GENETICA MEDICA ***Giuseppe Damante***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Dato 2024= 24.205 Dato 2023= 20.897	5.400	20,00	20,00	
	Modificato in monitoraggio				
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Dato 2024= 1.212 Dato 2023= 1.121	1.200	20,00		
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00	
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	
(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/7/2025		20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D148) SOC ISTITUTO PATOLOGIA CLINICA ***Francesco Curcio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024= 11.054.972 Anno 2023= 10.558.723	11.055.000	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B29) Miglioramento appropriatezza prescrittiva delle indagini di laboratorio da parte dei MMG/PLS				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
n. incontri con MMG/PLS		n. 2 incontri	20,00	
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00
(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/7/2025		20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D149) SOC MICROBIOLOGIA ***Assunta Sartor***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024= 465.281 Anno 2023= 503.075	470.000	20,00	20,00	
(A48) Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie infettive {1.1.12.d}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% di casi di malattia batterica invasiva da meningococco/pneumoccocco/emofilo per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo	Target aziendale: >80%	2 report entro il 31/7/2025 e 31/1/2026	20,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00	
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	
(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/7/2025		10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C170) DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO-DAI

(D150) SOSD LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA ***Francesco Curcio ad interim***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024 (lug-dic)= 250	700	50,00	40,00	
	Modificato in monitoraggio				
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00	
(B10) Avvio del percorso per la tipizzazione molecolare microorganismi multiresistenti					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% tipizzazioni effettuate su segnalazioni pervenute dalla SO Clinica Malattie Infettive	In collaborazione con la SOC Clinica Malattie Infettive Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	>= 90%	10,00	10,00	
(B51_1) 1.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza della procedura operativa della gestione della fase preanalitica	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/9/2025	10,00	10,00	
(B51_2) 2.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza delle azioni di mitigazione dei rischi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
(B51_3) 3.Revisione fase preanalitica, identificazione delle non conformita', definizione delle azioni di mitigazione dei rischi					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Identificazione delle non conformità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 31/12/2025	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026			
	Stralciato in monitoraggio				
(D14) Mappatura delle apparecchiature di laboratorio con evidenza del livello di saturazione					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza e trasmissione della mappatura contenente capacità produttiva e produzione effettiva per ciascuna apparecchiatura	Monitoraggio e valutazione a cura del DPTdel Farmaco	Entro il 31/7/2025		10,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AL_PREST] n. altre prestazioni (esclusi codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 66.209 Anno 2023: 62.733	66.200	10,00	10,00	
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 12.387 Anno 2023: 11.384	12.400	10,00	10,00	
(A60) Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Raccolta sangue dipartimentale Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue fornendo un numero di aperture adeguato a garantire valori di raccolta pari alla media tra quelli 2023-2024		Valore uguale alla media del 2023-2024	10,00	10,00	
(A68_1) 1.Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2023-2024					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Target DIMT: 43% sul totale di 30.000 kg come previsti dal documento di programmazione (12.900 kg)		12.900 kg	10,00	10,00	
(A68_2) 2.Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2023-2025					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Target Autoemoteche: 12% sul totale di 30.000 kg come previsti dal documento di programmazione (3.600 kg)		3.600 kg	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B27) Mantenimento della Certificazione ISO 9001:2015, accreditamento all'eccellenza Jacie (trapianto di midollo) e EFI (immunogenetica), dello stato di fornitori per l'azienda di plasmaderivazione e per le aziende farmaceutiche produttrici di CAR-T					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Esito positivo delle visite ispettive (verbali)		Evidenza verbali	10,00	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D13) Informatizzazione delle prescrizioni al fine di assicurare il monitoraggio della continuità terapeutica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di utilizzo della ricetta informatizzata (dematerializzata/PSM) a seguito di dimissione o visita ambulatoriale per l'avvio o la modifica delle terapie nelle prescrizioni di NAO	Griglia di valutazione: Se valore >=80% per i dati riferiti al II semestre obiettivo raggiunto al 100%; Se miglioramento >= 5% tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 75%; Miglioramento tra primo e secondo semestre obiettivo raggiunto 25% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 80%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D22) Nell'ambito della prescrizione informatizzata a seguito di visita ambulatoriale/dimissione, assicurare in tutti i casi di avvio di nuove terapie e/o rivalutazioni i medicinali a brevetto scaduto (nei casi clinicamente possibili)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% prime prescrizioni a naive avviati a farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prime prescrizioni a naive avviati a NAO	Si ricorda tra l'altro che la Nota AIFA 97 riporta: "In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili". Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco sul 2° semestre 2025	>= 60%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C190) DIPARTIMENTO RADIOLOGICO-DAI

(D155) SOC ISTITUTO DI RADIOLOGIA ***Chiara Zuiani***

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	(tolleranza 5%) Anno 2024 = 35.377 Anno 2023 = 36.410	35.500	30,00	30,00

(A24) Screening mammografico: Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo {1.5.2.b}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[SCR_MAM.01] % dei casi con approfondimenti di II livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di I livello	92,2% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	20,00	20,00

(A25) Screening mammografico: Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo {1.5.2.c}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[SCR_MAM.02] % Early recall (casi con esito di II livello "sospeso"/Totale dei casi chiusi dall¿unità senologica)	7,1% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	10,0%	10,00	20,00

AREA: [B] Accountability

(B07) Attivazione percorso di imaging RM del tumore della vescica (stadiazione e ristadiazione)

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza casi acquisiti	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	>= 20 casi entro il 31/12/2025	10,00	10,00

(B07_DOC) Attivazione percorso di imaging RM del tumore della vescica (stadiazione e ristadiazione)_documento

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	10,00	

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	*Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C190) DIPARTIMENTO RADIOLOGICO-DAI

(D156) SOC MEDICINA NUCLEARE ***Fernando Di Gregorio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	(tolleranza 5%) Anno 2024 = 13.928 Anno 2023 = 12.906	14.000	40,00	50,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B30) Migliorare l'appropriatezza clinica della prescrizione della PET nel carcinoma della prostata				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di un documento guida sui criteri di prescrizione	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 30/09/2025	20,00	
(B31) Nuova linea di attività dedicata all'esecuzione delle PET con PSMA, in risposta al PDTA Prostata				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'agenda attivata	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00
(D18) Monitoraggio semestrale dell'uso di medicinali ad alta specificità (es. 18F-PSMA) sulla base dei pazienti selezionati				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Definire in maniera puntuale le caratteristiche cliniche e la potenziale numerosità dei pazienti in cui risulti sostenibile l'impiego di farmaci ad alta specificità avendo cura di evidenziare la percentuale che viene sottoposta anche ad imaging tradizionale	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Evidenza di monitoraggio semestrale	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C190) DIPARTIMENTO RADIOLOGICO-DAI

(D157) SOC NEURORADIOLOGIA ***Serena D'Agostini***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	(tolleranza 5%) Anno 2024 = 25.633 Anno 2023 = 23.759	25.800	40,00	40,00	
AREA: [B] Accountability					
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	20,00	20,00	
(B26) Istruzione operativa appropriatezza richieste radiologiche in Urgenza - Richieste da Pronto Soccorso (Adulto)					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	20,00	20,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica					
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00	

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C190) DIPARTIMENTO RADIOLOGICO-DAI

(D158) SOC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA ***Massimo Sponza***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	(tolleranza 5%) Anno 2024 = 14.057 Anno 2023 = 12.663	14.100	30,00	30,00
(A72) Seduta aggiuntiva settimanale di angio tac condivisa tra Soc Radiologia d'Urgenza e Interventistica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'agenda attivata		Dal 01/04/2025	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(B26) Istruzione operativa appropriatezza richieste radiologiche in Urgenza - Richieste da Pronto Soccorso (Adulto)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C190) DIPARTIMENTO RADIOLOGICO-DAI

(D159O) SOSD RADIODIAGNOSTICA D'URGENZA ED EMERGENZA ***Annarosa Vasciaveo f.f.***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	(tolleranza 5%) Anno 2024 = 114.898 Anno 2023 = 108.722	115.000	20,00	20,00
(A72) Seduta aggiuntiva settimanale di angio tac condivisa tra Soc Radiologia d'Urgenza e Interventistica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'agenda attivata		Dal 01/04/2025	10,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(B32) Percorso di centraliz. hub-spoke in caso di dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presentazione bozza di documento "Gestione dolore e tumefazione scrotale acuta in età pediatrica"	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
(B26) Istruzione operativa appropriatezza richieste radiologiche in Urgenza - Richieste da Pronto Soccorso (Adulto)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D160) SOC CLINICA ANESTESIA E RIANIMAZIONE ***Manuela Lugano sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 13.161 Anno 2023: 12.511	13.170	20,00	15,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 17.440 Dato 2023= 15.578 (fonte : da registro operatorio dato complessivo Presidio SMM escl. LP)	17.450	20,00	15,00
(A74) Umanizzazione delle cure: attivazione riabilitazione respiratoria/motoria				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di almeno 50 pazienti complessivi presi in carico sulle tre terapie intensive	Verifica e relazione da parte del Responsabile infermieristico di Piattaforma	Relazione entro il 31/10/2025		10,00
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(B39) Programma Donazione a Cuore Fermo DCDc				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D160) SOC CLINICA ANESTESIA E RIANIMAZIONE ***Manuela Lugano sostituto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D29) Valutazione operativa dell'utilizzo di strumenti diagnostici alternativi a quelli di impiego corrente a miglior rapporto costo-efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle valutazioni operative/test per le opzioni diagnostiche considerate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/08/2025	10,00	10,00
(D08) Incremento utilizzo broncoscopi pluriuso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% utilizzo broncoscopi pluriuso su broncoscopi totali	Dato ago-dic 2024= 43% Se impiego >=30% raggiunto al 100%; Se impiego tra 25-29,99% raggiunto al 50%; Se impiego tra 20-24,99% raggiunto al 30%. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Incidenza pluriuso su broncoscopi impiegati pari almeno al 30%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D161) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA ***Fabio Malalan***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A03) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.3.NA] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA)	Dato 2024: 64% Dato 2023: 59%	65%	10,00	10,00
(A04) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.2.N] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N)	Dato 2024: 38% Dato 2023: 34%	70%	10,00	10,00
(A05) Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.4.1.N] Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <=8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	Dato 2024: 82% Dato 2023: 85%	88%	10,00	10,00
(A06) Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.10] Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)	Dato 2024:5,5% Dato 2023: 5,3%	6,0%	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B23) Implementazione percorsi secondo il modello "See and treat"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaborare alla stesura di un documento con criteri di eleggibilità	Obiettivo coordinato dalla DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	20,00
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	15,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(B26) Istruzione operativa appropriatezza richieste radiologiche in Urgenza - Richieste da Pronto Soccorso (Adulto)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	20,00	
(B20) Implementazione dei percorsi brevi in Pronto Soccorso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di almeno due protocolli definitivi	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	15,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D162) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1 ***Francesca Lucchese f.f.***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 5.669 Anno 2023: 4.232	5.700	20,00	15,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 17.440 Dato 2023= 15.578 (fonte : da registro operatorio dato complessivo Presidio SMM escl. LP)	17.450	20,00	15,00
(A74) Umanizzazione delle cure: attivazione riabilitazione respiratoria/motoria				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di almeno 50 pazienti complessivi presi in carico sulle tre terapie intensive	Verifica e relazione da parte del Responsabile infermieristico di Piattaforma	Relazione entro il 31/10/2025		10,00
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(B39) Programma Donazione a Cuore Fermo DCDc				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(D162) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1

Francesca Lucchese f.f.

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D29) Valutazione operativa dell'utilizzo di strumenti diagnostici alternativi a quelli di impiego corrente a miglior rapporto costo-efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle valutazioni operative/test per le opzioni diagnostiche considerate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/08/2025	10,00	10,00
(D08) Incremento utilizzo broncoscopi pluriuso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% utilizzo broncoscopi pluriuso su broncoscopi totali	Dato ago-dic 2024: 12% Se impiego >= 20% raggiunto al 100% Se impiego tra 15-19,99% raggiunto al 50% Se impiego tra 10-14,99% raggiunto al 30% Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	pari almeno al 20%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D163) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2 ***Flavio Bassi***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 7.213 Anno 2023: 6.069	7.230	20,00	20,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 17.440 Dato 2023= 15.578 (fonte : da registro operatorio dato complessivo Presidio SMM escl. LP)	17.450	20,00	20,00
(A74) Umanizzazione delle cure: attivazione riabilitazione respiratoria/motoria				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di almeno 50 pazienti complessivi presi in carico sulle tre terapie intensive	Verifica e relazione da parte del Responsabile infermieristico di Piattaforma	Relazione entro il 31/10/2025		10,00
AREA: [B] Accountability				
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(B39) Programma Donazione a Cuore Fermo DCDc				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Stesura documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/06/2025	10,00	10,00
(B50) Revisione delle linee di lavoro, degli standard e definizione delle attività sostenibili nell'attività intraospedaliera e territoriale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descrive la proposta organizzativa di integrazione tra area intensiva e area di emergenza (semintensiva) dei P.O. Spoke ASUFC	Obv per il direttore del DPT funzionale di area intensiva	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D163) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2 ***Flavio Bassi***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D29) Valutazione operativa dell'utilizzo di strumenti diagnostici alternativi a quelli di impiego corrente a miglior rapporto costo-efficacia				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle valutazioni operative/test per le opzioni diagnostiche considerate	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Entro il 31/08/2025	10,00	10,00
(D08) Incremento utilizzo broncoscopi pluriuso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% utilizzo broncoscopi pluriuso su broncoscopi totali	Dato ago-dic 2024= 32% Se impiego >=30% raggiunto al 100%; Se impiego tra 25-29,99% raggiunto al 50%; Se impiego tra 20-24,99% raggiunto al 30%. Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	Incidenza pluriuso su broncoscopi impiegati pari almeno al 30%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A43) Aggiornamento Protocollo di attivazione dell'elisoccorso regionale				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento		Entro il 31/12/2025	15,00	15,00
(A52) Formazione personale da arruolare nel servizio di elisoccorso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Realizzazione di un evento formativo che garantisca la formazione di personale da arruolare nel servizio di elisoccorso		Almeno 1 edizione	30,00	30,00
(A64) Predisporre report semestrali sull'attività svolta				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza di due report		Un report entro il 15/08/2025 e un report entro il 15/01/2026	25,00	25,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A61) Mantenimento dei tempi di partenza per le chiamate di emergenza con codice rosso				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Percentuale di partenza entro i 4 minuti dalla chiamata	Dato 2023= 84% (dati da SORES) Invio dei dati alla DMP del SMM	>=84%	30,00	30,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B03) Proposta di revisione del documento "Gestione del paziente con trauma grave"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della revisione	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31/12/2025	30,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			
(B38) Predisposizione proposta di piano in caso di maxi emergenza extra ospedaliero di ASUFC				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della proposta di piano	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 30/09/2025	30,00	30,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C200) DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA S.MARIA DELLA MISERICORDIA-DAI

(D166) SOSD TERAPIA DEL DOLORE ***Alessandro Giorgianni***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 2.885 Anno 2023: 2.077	2.900	25,00	25,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 17.440 Dato 2023= 15.578 (fonte : da registro operatorio dato complessivo Presidio SMM escl. LP)	17.450	25,00	25,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B41) Proposta documento a MMG su istruzioni operative per la prescrizione di visita di terapia del dolore				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30/09/2025	20,00	20,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza ***Peso***	Comparto ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C210) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D167) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE S.DANIELE ***Massimo Nordio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Dato 2024= 4.893 Dato 2023= 4.981 (escl. Prestazioni di Cure palliative)	4.600	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato SOC 2024: 82% Dato SOC 2023: 80%	80%	10,00	10,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato complessivo Presidio sede S. Daniele escl. LP, solo anestesisti di San Daniele	2.300	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			

(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A49) Avvio dell'attività di posizionamento picc-port/port				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'avvio dell'attività picc-port/port	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B21) Implementazione del percorso per l'accesso alle cure odontoiatriche in pazienti con disabilità "Progetto Orchidea"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C210) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D167) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE S.DANIELE ***Massimo Nordio***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C210) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D168) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE TOLMEZZO ***Luigi Vetrugno***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024= 2.912 Anno 2023= 2.473	2.920	20,00	20,00
(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato SOC Orto TO 2024: 63% Dato SOC Orto TO 2023: 78%	80%	20,00	20,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 5.422 Dato 2023: 5.372 (dato complessivo Presidio sede Tolmezzo e Gemona escl. LP)	5.430	20,00	20,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C210) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D169) SOC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA S.DANIELE ***Alfredo Barillari***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A46) Attivazione percorso hub&spoke per procedure di emodinamica per pazienti ricoverati in modalità "va e vieni"				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio attivazione percorso va e vieni per pazienti ricoverati a San Daniele nel primo semestre 2025	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	1 report entro il 30.9.2025	10,00	10,00
(A03) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.3.NA] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA)	Dato 2024: 83% Dato 2023: 81%	75%	15,00	15,00
(A04) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.2.N] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N)	Dato 2024: 61% Dato 2023: 66%	80%	15,00	15,00
(A05) Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.4.1.N] Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <=8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	Dato 2024: 92% Dato 2023: 92%	92%	15,00	15,00
(A06) Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.10] Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)	Dato 2024: 6,6% Dato 2023: 6,1%	6,0%	15,00	15,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B05) Appropriatezza OBI secondo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della ricognizione criticità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Evidenza documento entro il 31.12.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A03) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.3.NA] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA)	Dato 2024: 82% Dato 2023: 83%	75%	15,00	15,00
(A04) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.2.N] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N)	Dato 2024: 74% Dato 2023: 73%	80%	15,00	15,00
(A05) Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.4.1.N] Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <=8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	Dato 2024: 93% Dato 2023: 94%	92%	15,00	15,00
(A06) Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.10] Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)	Dato 2024: 5,7% Dato 2023: 6,0%	6,0%	15,00	15,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B05) Appropriatezza OBI secondo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza della ricognizione criticità	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Evidenza documento entro il 31.12.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C210) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA S.DANIELE-TOLMEZZO

(D171) SOC RADIOLOGIA TOLMEZZO-S.DANIELE ***Massimo Valentino***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024 = 129.627 Anno 2023 = 120.171	130.000	30,00	30,00
(A24) Screening mammografico: Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo {1.5.2.b}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_MAM.01] % dei casi con approfondimenti di II livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di I livello	97,6% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	20,00	20,00
(A25) Screening mammografico: Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo {1.5.2.c}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_MAM.02] % Early recall (casi con esito di II livello "sospeso"/Totale dei casi chiusi dall¿unità senologica)	13,6% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	10,0%	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024 = 4.390 Anno 2023 = 4.861	3.850	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)	Dato 2024: 21% Dato 2023: 58%	80%	10,00	10,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 1.307 Dato 2023: 1.424 (dato complessivo Presidio sede Latisana escl. LP e interventi di ortopedia)	1.310	20,00	20,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C220) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA PALMANOVA-LATISANA

(D172) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LATISANA ***Rino Colussi***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_VIS_CTRL] n. visite e controlli (codici tra i seguenti: 89.7*, 89.01*, 89.07*, 89.02, 89.03, 89.13, 89.26, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 94.09, 94.12.1, 94.19.1, 95.02, 95.43, D1)	Anno 2024: 4.523 Anno 2023: 4.873	4.530	10,00	10,00
(A18) Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (LeaNSG H13C) {4.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[H13C] % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LeaNSG H13C)		80%	10,00	10,00
(A21) Incremento/mantenimento interventi/procedure di sala				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_INT] Volumi interventi/procedure di sala (con presenza di anestesista)	Dato 2024: 2.281 Dato 2023: 2.247 (dato complessivo Presidio sede Palmanova escl. LP ed interventi di oculistica ed ortopedia)	2.300	20,00	20,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO **Modificato in monitoraggio**	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B55) Segnalazione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), come previsto dal programma aziendale di prevenzione e controllo delle ICA (Sorveglianza Smart Run Chart)				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
I Link Professional segnalano le ICA tramite applicativo "Smart Run Chart" (https://survey.asufc.sanita.fvg.it/) e i Link Professional medici segnalano l'eventuale "zero reporting"	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 31.12.2025	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C220) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA PALMANOVA-LATISANA

(D173) SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PALMANOVA ***Paolo Chiarandini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A03) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.3.NA] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA)	Dato 2024: 78% Dato 2023: 72%	75%	15,00	15,00
(A04) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.2.N] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N)	Dato 2024: 73% Dato 2023: 67%	80%	15,00	15,00
(A05) Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.4.1.N] Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <=8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	Dato 2024: 98% Dato 2023: 97%	92%	15,00	15,00
(A06) Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.10] Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)	Dato 2024: 6,8% Dato 2023: 6,4%	6,0%	15,00	15,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B36) Piano evacuaz. sede H in caso di esondazione del Tagliamento: effettuazione simulazione a tavolino.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'avvenuta simulazione del piano entro 30/11/2025	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP.	Simulazione entro 30/11/2025.	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A03) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.3.NA] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Bersaglio C16.3.NA)	Dato 2024: 60% Dato 2023: 63%	75%	15,00	15,00
(A04) Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.2.N] Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Bersaglio C16.2.N)	Dato 2024: 45% Dato 2023: 44%	80%	15,00	15,00
(A05) Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.4.1.N] Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <=8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	Dato 2024: 94% Dato 2023: 95%	92%	15,00	15,00
(A06) Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10) {A.2.4.2}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[C16.10] Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (Bersaglio C16.10)	Dato 2024: 7,1% Dato 2023: 6,1%	6,0%	15,00	15,00
(A44) Analisi dei modelli organizzativi delle aree di emergenza				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente critico all'interno dei diversi setting attraverso modelli organizzativi che declinino le responsabilità e i setting di cura a seconda dei contesti	Verifica finale da parte del Direttore di Dpt funzionale di PS, del direttore del DPT funzionale di area intensiva e del Direttore del DAO	Evidenza del documento entro il 31/12/2025	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza** ***Peso***	**Comparto** ***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B4) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

(C220) DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'EMERGENZA PALMANOVA-LATISANA

(D176) SOC RADIOLOGIA LATISANA-PALMANOVA ***Stefano Meduri***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Anno 2024 = 93.130 Anno 2023 = 97.669	92.500	20,00	30,00
	Modificato in monitoraggio			
(A24) Screening mammografico: Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo {1.5.2.b}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_MAM.01] % dei casi con approfondimenti di II livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di I livello	93,9% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	90,0%	20,00	20,00
(A25) Screening mammografico: Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo {1.5.2.c}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[SCR_MAM.02] % Early recall (casi con esito di II livello "sospeso"/Totale dei casi chiusi dall¿unità senologica)	3,3% (Inviti fino a ottobre 2024, dati fino a febbraio 2025, Fonte: Qlik)	10,0%	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B13) Creazione del fast track Radio-Urologico nel presidio spoke di Latisana Palmanova				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle indicazioni operative condivise tra le Strutture	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 30/9/2025	10,00	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A117) Mantenere i livelli di attività/efficienza in RSA				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Tasso di occupazione delle strutture a gestione diretta (escluso pl SUAP)	Dato aziendale 2024: 91,2%	90%	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A118) Dimessi in RSA dal lunedì al venerdì {A.2.4.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di settimane con n° dimissioni >=25% del PI	Dato 2024: 28,8%	29%	20,00	20,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B88) Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904.2016 {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari nelle RSA a gestione diretta	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Evidenza della partecipazione alla survey	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Collaborare alla stesura del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	entro 30.09.2025	10,00	
(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C005) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(D177) SOC CURE INTERMEDIE ***Rosaria Damato***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31.05.2025 2) Entro il 15.11.2025 3) Entro il 31.01.2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: n. 4.852 (strutture Cure palliative Cervignano, Latisana, Palmanova, ex AAS 3, Oncologia e cure palliative Distretto di Udine)	5.000		
	Stralciato in monitoraggio			

(A10) Migliorare i tempi per il ricovero in hospice per malati con patologica oncologica (Bersaglio C28.2B) {A.2.5}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[C28.2B] % ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo max di attesa <= 3 giorni (Tempo di attesa calcolato come differenza tra data di segnalazione e data di ricovero (Bersaglio C28.2B))	Target >= 80% Dato 2024: 67% Fonte: ADT	80%	10,00	10,00

(A11) Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito (Bersaglio D32Z) {A.2.5}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[D32Z] % ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti da Ospedale o domicilio con degenza <=7gg (Bersaglio D32Z)	Target <25% Dato 2024: 25% Fonte: ADT	25%	10,00	10,00

(A139_1) 1.Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche) {A.2.5.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
N° UCP dom attive entro il 31.12.2025	Dato 2024: n. 3 UCPdom attive (RBF, AA, AF)	2	10,00	10,00

(A139_2) 2.Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche) {A.2.5.b}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Attivazione di ulteriori posti letto di assistenza sanitaria in Hospice: - 4 Gemona - 2 Latisana		6	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(A140) Mantenimento dell'attività di consulenza per degenti

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
n. prestazioni di 89.07.A - PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per interni	Dato 2024: n. 522 (strutture Cure palliative Cervignano, Latisana, Palmanova, ex AAS 3, Oncologia e cure palliative Distretto di Udine)	520	10,00	20,00
	Inserito in monitoraggio			

AREA: [B] Accountability

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Collaborare alla stesura del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30.09.2025	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C005) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(D178) SOC CURE PALLIATIVE ***Carmela De Fusco***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C40) Identificare precocemente il bisogno di cure palliative dei pazienti {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza delle istruzioni operative per l'utilizzo di uno strumento di valutazione per l'accesso alle cure palliative da parte dei professionisti che hanno in carico il paziente	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Entro il 30.11.2025	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31.05.2025 2) Entro il 15.11.2025 3) Entro il 31.01.2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C005) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(D179) SOC GERIATRIA TERRITORIALE ***Debora Donnini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza			
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 699 da rivalutare in sede di monitoraggio	3.400	20,00
	Modificato in monitoraggio		
(A119) Implementazione del PDTA delle demenze secondo indicazioni (DGR 1413/2023) {3.2.c}			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Evidenza dell'attivazione della sede di S. Daniele come CDCD abilitato alla prescrizione di specifici medicinali (Nota AIFA 85)		Entro 31.12.2025	10,00
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}			
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 8,8	4,0	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 6,6	3,0	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 2,8	2,0	10,00
AREA: [B] Accountability			
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa			
(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Collaborare alla stesura del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30.09.2025	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica			
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci			
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31.05.2025 2) Entro il 15.11.2025 3) Entro il 31.01.2026	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**
	Peso
Totale Scheda	100,00
Totale	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C005) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(D180) SOC MINORI E FAMIGLIA ***Paola Ponton***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A120) Mantenimento dei livelli di attività dei Consultori familiari				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
n. di utenti totali	N. di utenti 2024: n. 11737 (Fonte: Reportistica aziendale)	11.700 (con una tolleranza del 10%)	20,00	20,00
	Modificato in monitoraggio			
(A121) Garantire alle famiglie d'origine di minori in affido incontri di supporto per il recupero delle competenze genitoriali {3.5.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Ad almeno 10 famiglie d'origine con un minore in affidamento vengono garantiti 2 incontri di supporto alla genitorialità		Report sull'attività svolta	20,00	20,00
(A122) Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico {4.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza dell'attività nei diversi ambiti territoriali		Report sull'attività svolta	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	10,00	10,00
(B89) Qualificazione della basi dati del CF				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Garantire la registrazione dei dati di attività nel software consultori entro la fine del mese successivo (monitoraggio aprile-dicembre)		99%	20,00	20,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C41) Stipulare accordi/protocolli operativi tra AS e SSC per la costituzione di equipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, anche sovradistrettuale {3.4.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Presenza protocollo		Entro 31.12.2025	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	**Dirigenza**	**Comparto**
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A123) Mantenimento dei volumi di attività per le prime visite ed i controlli

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
n. prestazioni complessivo (1.2, 1.4, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.15,1.16,1.17,1.18, 1.19,1.30, 1.26, 4.6, 2.10, 4.1, 4.4, 8.22 - Fonte POINT NPIA)	Dato POINT NPIA apr-dic 2024: 12.691	16.500	30,00	30,00

(A124) PRP - 1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni
Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo
Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio {1.1.11.d}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Percentuale dei fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo a cui a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale		>=50%	20,00	20,00

(A125) Garantire ai minori con bisogni complessi in carico ai Servizi di neuropsichiatria l'attivazione di un progetto personalizzato {3.4.b}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% di progetti personalizzati con budget di salute a favore di minori con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point Npia		100%	30,00	30,00

AREA: [B] Accountability

(B56) Segnalazioni di incident reporting nell'anno 2025, attraverso il software Risk Management {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza segnalazioni di incident reporting (evento avverso o near miss) nell'applicativo Risk Management	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	Almeno 1 segnalazione	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza *Peso*	Comparto *Peso*
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	20,00	20,00

(A139_1) 1.Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche) {A.2.5.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
N° UCP dom attive entro il 31.12.2025	Dato 2024: n. 3 UCPdom attive (RBF, AA, AF)	2	10,00	10,00

(A139_3) 3.Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche) {A.2.5.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Documento di definizione di un percorso di continuità Ospedale Territorio per i bambini con bisogno di cure palliative. Attivazione sperimentale del percorso con professionista dedicato.		Report sull'attività svolta	10,00	10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C18) Attivazione percorso assistenziale per posizionamento e gestione della PEG

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Collaborare alla stesura del documento	Monitoraggio e valutazione a cura della DMP	Entro 30.09.2025	10,00	10,00

(C20) Definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo percorso assunzionale nell'ambito della nuova Area denominata "Casa delle Assunzioni"		Relazione con evidenza delle attività svolte	10,00	10,00

(C39) Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali {3.3.1.c.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Partecipazione al gruppo di lavoro per la proposta di un percorso facilitato e protetto accessibile per il livello distrettuale	in collaborazione con Distretto Collinare	Entro 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [D] Sostenibilità economica

(D37) Diffusione della procedura "INDICAZIONI AZIENDALI SULL'IMPIEGO APPROPRIATO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE - DS_PR_20 Versione n. 01 del 24/12/2024" {5.12.c}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Produzione di una bozza di indicazioni operative per l'utilizzo delle medicazioni avanzate in ambito territoriale e in ambito ospedaliero in continuità con il documento predisposto lo scorso anno ma assicurando adeguati livelli di dettaglio		Entro 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C005) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(D182) SOSD PROFESSIONI SANITARIE DEL TERRITORIO ***Meri Marin***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)4	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D41) Migliorare appropriatezza nell'utilizzo dei presidi anti decubito				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Produzione di linee guida operative e schede di dettaglio		Entro 31.12.2025	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A105) PP4 Dipendenze - Potenziamento delle sinergie e le collaborazioni della rete curante, volte alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze {1.1.4.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
N° di formazioni congiunte intersettoriali rivolte a MMG e PLS in collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale regionali per l'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze	**Modificato in monitoraggio**	>= 1	10,00	10,00
(A106_1) 1.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio semestrale dei PTRI sostenuti da BdS per fasce d'età, sesso, comorbilità, tipologia di dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione		Report a DCS al 30 giugno e al 31 dicembre	10,00	10,00
(A106_2) 2.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione alla DCS dei dati relativi agli inserimenti in comunità terapeutica intra ed extraregione, acquisiti secondo il modello messo a disposizione dalla DCS		Entro il 31.03.2025	10,00	10,00
(A107_1) 1.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
sostanze illegali utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 1908 (-6%) Dati Area Welfare 19/3/2025	1908	10,00	10,00
(A107_2) 2.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
tabagismo: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 477 (+8%) Dati Area Welfare 19/3/2025	477	10,00	10,00
(A107_3) 3.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
alcologia: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 3432 (+39%) Dati Area Welfare 19/3/2025	3432	10,00	10,00
(A107_4) 4.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Residenza alcologica S. Daniele: mantenimento del T.O.	TO 2023: 66,2% TO 2024: 81,9% Fonte: reportistica aziendale	82%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C32) Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS {3.6.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	Ob condiviso con Salute Mentale	>= 3	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C230) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(D185) SOC AREA DIPENDENZE ALTO FRIULI ***Alberto Peressini***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A105) PP4 Dipendenze - Potenziamento delle sinergie e le collaborazioni della rete curante, volte alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze {1.1.4.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
N° di formazioni congiunte intersettoriali rivolte a MMG e PLS in collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale regionali per l'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze	**Modificato in monitoraggio**	>= 1	10,00	10,00
(A106_1) 1.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio semestrale dei PTRI sostenuti da BdS per fasce d'età, sesso, comorbilità, tipologia di dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione		Report a DCS al 30 giugno e al 31 dicembre	10,00	10,00
(A106_2) 2.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione alla DCS dei dati relativi agli inserimenti in comunità terapeutica intra ed extraregione, acquisiti secondo il modello messo a disposizione dalla DCS		Entro il 31.03.2025	10,00	10,00
(A107_1) 1.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
sostanze illegali utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 1908 (-6%) Dati Area Welfare 19/3/2025	1908	10,00	10,00
(A107_2) 2.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
tabagismo: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 477 (+8%) Dati Area Welfare 19/3/2025	477	10,00	10,00
(A107_3) 3.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
alcologia: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 3432 (+39%) Dati Area Welfare 19/3/2025	3432	10,00	10,00
(A107_4) 4.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Residenza alcologica S. Daniele: mantenimento del T.O.	TO 2023: 66,2% TO 2024: 81,9% Fonte: reportistica aziendale	82%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C32) Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS {3.6.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	Ob condiviso con Salute Mentale	>= 3	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C230) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(D186) SOC AREA DIPENDENZE BASSA FRIULANA ***Giuliano Zamparutti***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A105) PP4 Dipendenze - Potenziamento delle sinergie e le collaborazioni della rete curante, volte alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze {1.1.4.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
N° di formazioni congiunte intersettoriali rivolte a MMG e PLS in collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale regionali per l'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze	**Modificato in monitoraggio**	>= 1	10,00	10,00
(A106_1) 1.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio semestrale dei PTRI sostenuti da BdS per fasce d'età, sesso, comorbilità, tipologia di dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione		Report a DCS al 30 giugno e al 31 dicembre	10,00	10,00
(A106_2) 2.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione alla DCS dei dati relativi agli inserimenti in comunità terapeutica intra ed extraregione, acquisiti secondo il modello messo a disposizione dalla DCS		Entro il 31.03.2025	10,00	10,00
(A107_1) 1.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
sostanze illegali utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 1908 (-6%) Dati Area Welfare 19/3/2025	1908	10,00	10,00
(A107_2) 2.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
tabagismo: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 477 (+8%) Dati Area Welfare 19/3/2025	477	10,00	10,00
(A107_3) 3.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
alcologia: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 3432 (+39%) Dati Area Welfare 19/3/2025	3432	10,00	10,00
(A107_4) 4.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Residenza alcologica S. Daniele: mantenimento del T.O.	TO 2023: 66,2% TO 2024: 81,9% Fonte: reportistica aziendale	82%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C32) Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS {3.6.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	Ob condiviso con Salute Mentale	>= 3	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C230) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(D187) SOC AREA DIPENDENZE MEDIO FRIULI ***Tiziana Lombardelli f.f.***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A105) PP4 Dipendenze - Potenziamento delle sinergie e le collaborazioni della rete curante, volte alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze {1.1.4.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
N° di formazioni congiunte intersettoriali rivolte a MMG e PLS in collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale regionali per l'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbilità con altre dipendenze	**Modificato in monitoraggio**	>= 1	10,00	10,00
(A106_1) 1.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Monitoraggio semestrale dei PTRI sostenuti da BdS per fasce d'età, sesso, comorbilità, tipologia di dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione		Report a DCS al 30 giugno e al 31 dicembre	10,00	10,00
(A106_2) 2.Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti {3.6.b.2}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Trasmissione alla DCS dei dati relativi agli inserimenti in comunità terapeutica intra ed extraregione, acquisiti secondo il modello messo a disposizione dalla DCS		Entro il 31.03.2025	10,00	10,00
(A107_1) 1.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
sostanze illegali utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 1908 (-6%) Dati Area Welfare 19/3/2025	1908	10,00	10,00
(A107_2) 2.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
tabagismo: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 477 (+8%) Dati Area Welfare 19/3/2025	477	10,00	10,00
(A107_3) 3.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
alcologia: utenti totali con una tolleranza del 10%	Dato dipartimentale al 31/12/2024= 3432 (+39%) Dati Area Welfare 19/3/2025	3432	10,00	10,00
(A107_4) 4.Mantenimento volumi aziendali 2024				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Residenza alcologica S. Daniele: mantenimento del T.O.	TO 2023: 66,2% TO 2024: 81,9% Fonte: reportistica aziendale	82%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C32) Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS {3.6.c}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	Ob condiviso con Salute Mentale	>= 3	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C230) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(D196) SOSD RESIDENZA ALCOOLOGICA ***Gilberto Dario***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D12) Individuare una o più azioni di intervento per l'efficientamento della spesa dei dispositivi medici e farmaci				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Indicazione nel format dedicato: 1) delle azioni individuate e relative tempistiche di realizzazione (40%) 2) aggiornamento dello stato di avanzamento delle azioni intraprese al 31.10.2025 (30%) 3) rendicontazione dei risultati ottenuti al 31.12.2025 (30%)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT del Farmaco	1) Entro il 31/05/2025 2) Entro il 15/11/2025 3) Entro il 31/01/2026	20,00	20,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A09) Miglioramento della percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche (LEA NSG)

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[D27C] Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	dato ASUFC 2022: 2,7% 2023: 3,8% 2024: 1,9% (gen-nov)	6,0%	10,00	

(A108_1) Mantenimento dei livelli di attività

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
N. utenti in carico ai CSM	Dato 2024: 9038 Fonte Point SM	9000	10,00	10,00

(A108_2) Mantenimento dei livelli di attività

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
N. nuovi utenti in carico ai CSM	Dato 2024: 2063 Fonte Point SM	2000	10,00	10,00

(A108_3) Mantenimento dei livelli di attività

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
n. prestazioni totali Clinica psichiatrica	Dato 2024: 8297 Fonte Reportistica aziendale	8250	10,00	10,00

(A108_4) Mantenimento dei livelli di attività

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Ricoveri SPDC: mantenimento degenza media	Dato 2024: 10,9 gg. Dato 2023: 11,3 gg.	10,9 gg	10,00	10,00

(A109_1) Qualificazione dei programmi di riabilitazione e inclusione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione {3.6.a.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Adesione all'attività di mappatura regionale dei programmi riabilitativi e di inclusione sociale attivati dalle Aziende, con particolare riferimento alla funzione residenziale e semiresidenziale		>=1	10,00	10,00

(A109_2) Qualificazione dei programmi di riabilitazione e inclusione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione {3.6.a.2}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% di presa in carico con un progetto personalizzato inserito nel sistema informativo Point pSM entro 30 giorni	Dato 2024: 25%	45%	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C32) Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS {3.6.c}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	Ob condivisio con Dipendenze	>= 3	10,00	20,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C230) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI

(D234) DIPARTIMENTO DIPENDENZE E SALUTE MENTALE-DAI ***Marco Bertoli***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C33) SPERIMENTAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: acquisizione di elementi informativi utili alla definizione dei requisiti organizzativi e funzionali, anche per quanto riguarda le dotazioni dei beni strumentali, per l'erogazione delle prestazioni da parte del CENTRO e per i criteri di accesso alle prestazioni {B.1.2.b}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Condivisione con ARCS formalizzata (trasmissione documentale e riunioni collaborative) degli elementi informativi e dei dati relativi all'attività svolta presso il CENTRO utili all'attività di definizione dei requisiti organizzativi e funzionali, anche per quanto riguarda le dotazioni dei beni strumentali, e dei criteri di accesso per l'erogazione delle prestazioni del CENTRO		Report sulle attività svolte	10,00	10,00
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D35) Valutare le modalità prescrittive di specifiche formulazioni di medicinali per assicurare l'omogeneità e l'appropriatezza dei trattamenti				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Elaborare un report d'impiego che, in relazione alla casistica trattata, evidenzi eventuali scostamenti quali quantitativi nell'impiego delle formulazioni long acting tra le differenti SOC dell'area salute mentale		Entro 31.01.2026	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 36.696	32.200	20,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1	10,00	10,00

(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD		15.049	10,00	10,00

(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 9,5	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 7,4	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 1,4	2,0	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 36.521	34.000	20,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1		10,00

(A116) Casa della Comunità (CdC) {B.1.d}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Attivazione della casa di comunità hub di Udine con gestione delle urgenze non complesse		Entro 31.12.2025	10,00	10,00

(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00

(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 7,3	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 4,2	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 1,1	2,0	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			

(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C250) DISTRETTO SOCIOSANITARIO FRIULI CENTRALE

(D198) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO FRIULI CENTRALE ***Angela Panzera***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 12.466	12.000	10,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1	10,00	10,00
(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 9,8	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 11,1	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 3,4	2,0	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C39) Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali {3.3.1.c.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Proposta di un percorso facilitato e protetto accessibile per il livello distrettuale	in collaborazione con Direzioni mediche di presidio, SOSD professioni sanitarie ospedaliera e territoriale	Entro 31.12.2025	10,00	
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità predisposta su file excel debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C270) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL TORRE

(D200) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL TORRE ***Anna Paola Agnoletto ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 29.077	29.000	20,00	10,00
(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1	10,00	10,00
(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 9,0	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 10,7	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 6,5	2,0	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità predisposta su file excel debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI **PUNTEGGI**

AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza

(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 10.564	10.000	20,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			

(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1	10,00	10,00

(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00

(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}

INDICATORE	NOTE	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 9,3	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 3,5	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 0,8	2,0	10,00	10,00

AREA: [B] Accountability

(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00

AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa

(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			

(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}

INDICATORE	Note	RISULTATO ATTESO	*Dirigenza*	*Comparto*
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità predisposta su file excel debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	10,00

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C290) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL GEMONESE, VAL CANALE, CANAL DEL FERRO

(D202) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO GEMONESE, VAL CANALE, CANAL DEL FERRO ***Silvia Mentil ad interim***

OBIETTIVI					PUNTEGGI
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza					
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 49.185	49.000	20,00	10,00	
(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1	10,00		
(A116) Casa della Comunità (CdC) {B.1.d}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Attivazione della casa di comunità hub di Gemona con gestione delle urgenze non complesse attraverso la riconversione dell'attuale Punto di Primo Intervento		Entro 31.12.2025	20,00	20,00	
(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD		15.049	10,00	10,00	
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}					
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 5,2	3,0	10,00	10,00	
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 1,4	2,0	10,00	10,00	
AREA: [B] Accountability					
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00	
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa					
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}					
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***	
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C290) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL GEMONESE, VAL CANALE, CANAL DEL FERRO

(D202) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO GEMONESE, VAL CANALE, CANAL DEL FERRO ***Silvia Mentil ad interim***

OBIETTIVI				PUNTEGGI
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizoni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 63.080	63.000	20,00	10,00
(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1		10,00
(A116) Casa della Comunità (CdC) {B.1.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Attivazione della casa di comunità hub di Cividale con gestione delle urgenze non complesse attraverso la riconversione dell'attuale Punto di Primo Intervento		Entro 31.12.2025	10,00	10,00
(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 9,4	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 8,3	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 8,6	2,0	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C300) DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL NATISONE

(D203) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DEL NATISONE ***Anna Paola Agnoletto***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C310) DISTRETTO SOCIOSANITARIO MEDIO FRIULI

(D204) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO MEDIO FRIULI ***Giovanni Cattani***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 34.327	34.300	20,00	10,00
(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1	10,00	10,00
(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 7,4	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 7,1	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 1,5	2,0	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%		10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità predisposta su file excel debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	10,00

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizoni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [A] Miglioramento della risposta ai bisogni dell'utenza				
(A01) Incremento/mantenimento attività ambulatoriale				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[VOL_AMB_CMPLX] n. prestazioni complessive di struttura	Dato 2024: 26.203	25.200	20,00	10,00
	Modificato in monitoraggio			
(A115) PP2 programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità {1.1.2.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
E' attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)		>=1		10,00
(A12) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute {B.1.a}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[ADI_01] n° soggetti età 65+ presi in carico dall'ADI e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	Dato 2024: 15.456	15.049	10,00	10,00
(A16) Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI {2.1}				
INDICATORE	**NOTE**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
[CIA _1] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 10	4,0	10,00	10,00
[CIA_2] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 6,1	3,0	10,00	10,00
[CIA_3] Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) (Lea NSG D22Z)	Valore 2024: 3,0	2,0	10,00	10,00
AREA: [B] Accountability				
(B02) Adesione ai bundle di prevenzione delle ICA {10.1}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% adesione bundle posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	Monitoraggio e valutazione a cura della SOC Accreditamento e Rischio Clinico	>70%	10,00	10,00
AREA: [C] Innovazione strutturale, tecnologica e organizzativa				
(C44) Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione {3.1.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Invio alla Direzione regionale del documento di funzionamento dell'UVM condiviso con gli ATS di competenza territoriale	In collaborazione con DSS	Entro 31.12.2025	10,00	
	Modificato in monitoraggio			
(C45) Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP {3.3.a}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Evidenza trasmissione all'Area Welfare della maschera per la gravissima disabilità debitamente compilata con i casi valutati		Entro 31.03.2025	10,00	10,00

(4) DIREZIONE SANITARIA

(B5) DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

(C320) DISTRETTO SOCIOSANITARIO RIVIERA BASSA FRIULANA

(D205) SOC CURE PRIMARIE DISTRETTO SOCIOSANITARIO RIVIERA BASSA FRIULANA ***Elena Revelant ad interim***

OBIETTIVI			PUNTEGGI	
AREA: [D] Sostenibilità economica				
(D39) Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche ad utilizzo territoriale {5.12.d}				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
Costo medio per medicazione in argento (CND M040408)	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	costo medio 2025 < costo medio 2024 ovvero riduzione rispetto al costo medio aziendale 2024		10,00
	Modificato in monitoraggio			
(D40) Assicurare la registrazione in PSM2 dei dati per l'erogazione dei dispositivi per diabete.				
INDICATORE	**Note**	**RISULTATO ATTESO**	***Dirigenza***	***Comparto***
% di prescrizioni registrate a sistema entro e non oltre il mese successivo a quello di riferimento (con una tolleranza del 15%) Le prescrizioni sono calcolate come consumi registrati su PSM2 / Consumi registrati su Consumi Economali	Monitoraggio e valutazione a cura del DPT Farmaco	100%	10,00	10,00

RIEPILOGO PUNTEGGI	Dirigenza	Comparto
	Peso	***Peso***
Totale Scheda	100,00	100,00
Totale	**100,00**	**100,00**

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCO MAGRIS
CODICE FISCALE: MGRFNC69D27G888F
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:14:23
IMPRONTA: 3391912114E9B2B1D335DABF2675F46593404012372BDB56DEACC7B0B8436FE9
93404012372BDB56DEACC7B0B8436FE93AC8ED0138431888BF7A92A607F03149
3AC8ED0138431888BF7A92A607F03149680D042C85D6EEE5000436F616FCF5CA
680D042C85D6EEE5000436F616FCF5CAC19A923BE90CD7525EEFC821EE9124EE

NOME: MASSIMO DI GIUSTO
CODICE FISCALE: DGSMSM70R19L483N
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:20:50
IMPRONTA: 4D8F73AB47C201DFB83913BBA825DFBF71DB2672049D51443D2CB92FF532F33B
71DB2672049D51443D2CB92FF532F33B0EFF0E2BFD70582AEECDE8DE096A8AF0
0EFF0E2BFD70582AEECDE8DE096A8AF00A2BE84D4CB73AB438B5F2340830F5CB
0A2BE84D4CB73AB438B5F2340830F5CBEBA10B82DC31AC4C9E770B66DEF46563

NOME: DAVID TURELLO
CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:31:51
IMPRONTA: 2A3930105BFD74E1E4B4C2A273105816CA31786A6CDADCA56D496992061CBE70
CA31786A6CDADCA56D496992061CBE70C2BD7DEC85519609F4904980E62062A0
C2BD7DEC85519609F4904980E62062A01E711652158C8A58FF0731C7DEDF5AC9
1E711652158C8A58FF0731C7DEDF5AC94256F537313D626AA2CA3813873BCC9C

NOME: DENIS CAPORALE
CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X
DATA FIRMA: 17/12/2025 12:40:20
IMPRONTA: 6BB5DE625056CB499173EA4FF15C8E43A46272150D9D5CD71AF292E4242B9BEF
A46272150D9D5CD71AF292E4242B9BEFD9D904E84C7CE81AD38EF1FB608BB3F6
D9D904E84C7CE81AD38EF1FB608BB3F69881D68FFD28D4746B6A4FA1369F879C
9881D68FFD28D4746B6A4FA1369F879CEA1BDAACFC07AC9CE169E46B1864B41B