

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento della produzione chirurgica di ricovero	Ricavi ricovero	Generale: Ricavi.ricovero.2024 >= 2.800.000 €, ORL: Ricavi.ricovero.2024 >= 450.000 €,	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	PCG=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=2.500.000 €, PCG=7*(Ricavi.ricovero.2024-2.600.000 €/300.000€ se 2.500.000€ <= Ricavi.ricovero.2024 < 2.800.000€, PCG=7, se Ricavi.ricovero.2024 >= 2.800.000€, PORL=0, se Ricavi.ricovero.2024 <= 350.000 €, PORL=3*(Ricavi.ricovero.2024-2.600.000 €/300.000€ se 300.000€ <= Ricavi.ricovero.2024 < 450.000€, PORL=3, se Ricavi.ricovero.2024 >= 450.000€,	10	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024) AND (Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 7 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	7
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 >= 2.1, Dm.2024 <= 7.0, Fo.2024 >=55%	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	PmCG.2024 ≥ 2.1 -> 2,5 punti (Si/No), DmCG.2024 ≤ 7.0 -> 2,0 punti (Si/No), FoCG.2024 ≥ 55% -> 1,5 punti: PmORL.2024 ≥ 2.1 -> 1,5 punti (Si/No), DmORL.2024 ≤ 2.0 -> 1,5 punti (Si/No), FoORL.2024 ≥ 55% -> 1,0 punti	10	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	IFg 2024 ≥ 1,05 * IFg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se IFg.2024 <= IFg.2023, P = (IFg.2024-IFg.2023) * 5 / (0,05*IFg.2023) se (IFg.2024 > IFg.2024 <= 1,05*IFg.2023) , P=5 se IFg.2024 > 1,05*IFg.2023	4	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	1,6
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e ICI	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team Multidisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16131 del 24/06/2025	2,5
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	Si, P=3, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3,3333333
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤ 10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*6/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	Si, P=6, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=4, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	-	0,317
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Chirurgia Generale, ORL ed Endoscopia Digestiva	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14713 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento della produzione chirurgica di ricovero	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 >= 1.400.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=1.300.000 €, P= 10*(Ricavi.ricovero.2024-1.300.000 €/100.000€ se 1.300.000€ < Ricavi.ricovero.2024 <= 1.400.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 >= 1.400.000€	10		Valutazione Controllo di Gestione	4,69
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024) AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 7 (Si/No)	10		Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 1.08 → 4 punti (Si/No), Dm.2024 ≤ 2.8 → 3 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 60% → 3 punti	10		Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg.2024 ≥ 1.05 * Ifg.2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05 * Ifg.2023] se [(Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05 * Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05 * Ifg.2023	4		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	1,6
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5		Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5		Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali.	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5		Nota Prot. n. 16627 del 29/06/2025	2,5
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=3, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤ 10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*6/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5		Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=6, No, P=0	5		Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del POTa (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5		-	1,4475
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Chirurgia Plastica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento della produzione chirurgica di ricovero	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 >= 1.900.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=1.800.000 €, P= 10*(Ricavi.ricovero.2024-1.800.000 €/100.000€ se 1.800.000€ < Ricavi.ricovero.2024 <= 1.900.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 >= 1.900.000€	10	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Chirurgia Plastica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 7 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	3
SC Chirurgia Plastica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 1.5 --> 4 punti (Si/No), Dm.2024 ≤ 2.7 --> 3 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 60% --> 3 punti	10	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	3
SC Chirurgia Plastica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05 * Ifg.2023] se [(Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05 * Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05 * Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4
SC Chirurgia Plastica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se Pi della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Chirurgia Plastica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Chirurgia Plastica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Chirurgia Plastica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Chirurgia Plastica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	1,6
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OCEI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali.	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	-	2,5
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	Si, P=3, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14528 del 25/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤ 10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOEE	Attestazione Direttore UOEE	P= (20%*(%pazienti)*6/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	Si, P=6, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=4, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Chirurgia Plastica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Chirurgia Plastica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	-	0,643
SC Chirurgia Plastica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Chirurgia Plastica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14528 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento della produzione chirurgica di ricovero	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 >= 2.100.000 €	7	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.Ricovero.2024 ≥ 2.000.000 €, P= 7*(Ricavi.ricovero.2024-2.100.000 €/100.000€ se 2.000.000€ ≤ Ricavi.ricovero.2024 ≤ 2.100.000€, P=7, se Ricavi.ricovero.2024 >= 2.100.000€	7	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	7
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	7	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 4 (Si/No)	7	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	8	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 1.6 --> 3 punti (Si/No), Dm.2024 ≤ 4.5 --> 2 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 60% --> 3 punti	8	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Azioni di condivisione delle risorse per l'attivazione di degenze dipartimentali	Attivazione supporto infermieristico per assistenza a pazienti sottoposti a procedure radiointerventistiche ospitati presso Reparto	Avvenuta attivazione	8	Direzione Sanitaria	Attestazione	P=8 se si, P=0 se no	8	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	8
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 4 / 0.05 * Ifg.2023] se [(Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05 * Ifg.2023) , P=4 se Ifg.2024 > 1.05 * Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se Pi della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	1,6
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accREDITamento QUOTA, OECI e ICI: Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento organizzativo	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	-	2,5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤ 10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	4
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	-	1,6915
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14332 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Urologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento della produzione chirurgica di ricovero	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 ≥ 1.000.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <= 900.000 €, P= 10*(Ricavi.ricovero.2024-900.000 €/100.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 ≥ 1.000.000€	10		Valutazione Controllo di Gestione	0
SSD Urologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024) AND. (Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 7 (SI/No)	10		Valutazione Controllo di Gestione	7
SSD Urologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 1.2 --> 4 punti (SI/No), Dm.2024 ≤ 4.3 --> 3 punti (SI/No), Fo.2024 ≥ 50% --> 3 punti	10		Valutazione Controllo di Gestione	0
SSD Urologia	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05 *Ifg.2023] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05 *Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05 *Ifg.2023	4		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Urologia	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Urologia	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Urologia	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Urologia	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Urologia	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	1,6
SSD Urologia	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accREDITamento QUOTA, OECI e ICI: Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5		Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SSD Urologia	Miglioramento organizzativo	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5		Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SSD Urologia	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5		-	2,5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Urologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=3, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Urologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*6/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5		Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SSD Urologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=6, No, P=0	5		Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Urologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Urologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Urologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Urologia	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5		-	1,3595
SSD Urologia	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Urologia	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sostenibilità economico-finanziaria	Maggiore utilizzo Sale Operatorie	Apertura IV Sala	Ore 8:00-14:00 isorisorse e 8:00-18:00 con incremento risorse	10	Controllo di Gestione	Dati Registro Sala Operatoria	P=10 se SI, P=0 se No	10	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10,00
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024) AND (Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 7 (SI/No)	10	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	3
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento ricavi ambulatoriali	Ricavi.ambulatoriale.2024	Ricavi.ambulatoriale.2024 >= Ricavi.ambulatoriale.2023	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=10 se SI, P=0 se No	10	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ilg 2024 ≥ 1,05 * Ilg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ilg.2024 <= Ilg.2023, P = [(Ilg.2024-Ilg.2023) * 5 / 0.05*Ilg.2023] se (Ilg.2023 <= Ilg.2024 <= 1.05*Ilg.2023) , P=5 se Ilg.2024 > 1.05*Ilg.2023	4	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali.	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	-	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a impianto PCCC-PORT	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=3, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*6/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=6, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Introduzione del modulo Sale Operatorie CCE	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	-	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Anestesia, Rianimazione e TIPO	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15979 del 23/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Chirurgia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento della produzione chirurgica di ricovero	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 >= 3.850.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=3.700.000 €, P= 10*(Ricavi.ricovero.2024-3.700.000 €/150.000€ se 3.700.000€ < Ricavi.ricovero.2024 <= 3.850.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 >= 3.850.000€	10		Valutazione Controllo di Gestione	10
Chirurgia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 3 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 7 (Si/No)	10		Valutazione Controllo di Gestione	7
Chirurgia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 2.0 → 4 punti (Si/No), Dm.2024 ≤ 4.3 → 3 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 65% → 3 punti	10		Valutazione Controllo di Gestione	3
Chirurgia Toracica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0,05*Ifg.2023] se [(Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
Chirurgia Toracica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e impegno di spesa sul budget	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
Chirurgia Toracica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
Chirurgia Toracica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
Chirurgia Toracica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
Chirurgia Toracica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di n. 2 progetti a bandi competitivi e di n.1 trial clinico interventistico farmacologico a livello dipartimentale	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
Chirurgia Toracica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e ICI	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5		Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
Chirurgia Toracica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5		Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Chirurgia Toracica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti occasionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5		Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	3
Chirurgia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=3, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
Chirurgia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤ 10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*6/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5		Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
Chirurgia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=6, No, P=0	5		Valutazione Controllo di Gestione	5
Chirurgia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
Chirurgia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
Chirurgia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
Chirurgia Toracica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5		-	1
Chirurgia Toracica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
Chirurgia Toracica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Oncologia Medica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento dei ricavi	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 >= 1.600.000 €	8	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=1.500.000 €, P= 10*(Ricavi.ricovero.2024-1.500.000 €/100.000€ se 1.500.000€ < Ricavi.ricovero.2024 <= 1.600.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 >= 1.600.000€	9	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Oncologia Medica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <=Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 8 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (Si/No)	11	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SC Oncologia Medica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	7	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 1.3 → 3,0 punti (Si/No), Dm.2024 <= 9.0 → 2,0 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 80% → 2,0 punti	7	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	2

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Oncologia Medica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi consulti definiti complessivi (Ricavi.cdc) e Ricavi chemioterapie (Ricavi.cht)	(Ricavi.cdc.2024 - Ricavi.cdc.2023) >= 10.000 € e (Ricavi.cht.2024 - Ricavi.cht.2023) >= 20.000 €	4	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se (Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023) <= 0€, P= 4*"(Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023)/10.000€ se 0 € <= Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023 < 10.000€, P=4, se Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023 >= 10.000€; P=0, se (Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023) <= 0 €, P= 3*"(Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023)/20.000€ se 0 € <= Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023 < 20.000€, P=3, se Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023 >= 20.000€;	4	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Oncologia Medica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg.2024 ≥ 1,05 * Ifg.2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = ([Ifg.2024-Ifg.2023] * 5 / 0,05*Ifg.2023) se Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1,05*Ifg.2023 , P=5 se Ifg.2024 > 1,05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4
SC Oncologia Medica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Oncologia Medica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Oncologia Medica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Oncologia Medica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Oncologia Medica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore, Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Oncologia Medica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e ICI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SC Oncologia Medica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	3	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	3	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	3
SC Oncologia Medica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	4	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	4	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16316 del 26/06/2025	2
SC Oncologia Medica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O. per ciascuna patologia di rilievo (testa-collo, colon, uoperGli, ecc.)	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 20/06/2025	0
SC Oncologia Medica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Aumento delle prime visite attraverso il C.Or.O.	I visite C.Or.O. / I visite ≥ 65%	2,5	Responsabile C.Or.O.	Attestazione Responsabile C.Or.O.	SI, P=2,5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	-	3
SC Oncologia Medica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio prestazioni di Telemedicina	Apertura delle agende	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=1	3	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SC Oncologia Medica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Efficientamento Chemioterapie	Anticipazione delle preparazioni UMACA e Prolungamento pomeridiano delle somministrazioni	Audit da parte del Controllo di gestione	7,5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	8	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SC Oncologia Medica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	1	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=1, No, P=0	1	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	1
SC Oncologia Medica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Oncologia Medica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca e carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SC Oncologia Medica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Presa in carico e follow-up	Esecuzione delle procedure di integrazione ospedale-territorio (MMG, Servizi Territoriali: Riabilitazione, Hospice, ADI, ecc.). Audit di verifica da parte della SSD Qualità	Esito audit	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Oncologia Medica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A=Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B=N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C=N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	-	1
SC Oncologia Medica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Oncologia Medica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14685 del 09/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Tumori rari e melanoma	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi ambulatoriale	Ricavi.amb.2024 = 1.1*Ricavi.amb.2023	7	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.ambulatoriale.2024 ÷ Ricavi.ambulatoriale.2023, P=7*"(Ricavi.ambulatoriale.2024/Ricavi.ambulatoriale.2023 - 1)/0,1 se Ricavi.ambulatoriale.2023 ÷ Ricavi.ambulatoriale.2024 ÷ 1,1*"(Ricavi.ambulatoriale.2023 - P=7, se Ricavi.ambulatoriale.2024 ÷ 1,1*"(Ricavi.ambulatoriale.2023 - P=0, se Ricavi.cdc.2024 ÷ Ricavi.cdc.2023, P=10*"(Ricavi.cdc.2024/Ricavi.cdc.2023 -1)/0,2 se Ricavi.cdc.2023 ÷ Ricavi.cdc.2024 ÷ 1,2*"(Ricavi.cdc.2023 - P=10, se Ricavi.cdc.2024 ÷ 1,2*"(Ricavi.cdc.2023	7		Valutazione Controllo di Gestione	7
SSD Tumori rari e melanoma	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi consulti definiti complessivi (Ricavi.cdc)	Ricavi.cdc.2024 = 1.2*Ricavi.cdc.2023	8	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.cdc.2024 ÷ Ricavi.cdc.2023, P=10*"(Ricavi.cdc.2024/Ricavi.cdc.2023 -1)/0,2 se Ricavi.cdc.2023 ÷ Ricavi.cdc.2024 ÷ 1,2*"(Ricavi.cdc.2023 - P=10, se Ricavi.cdc.2024 ÷ 1,2*"(Ricavi.cdc.2023	8		Valutazione Controllo di Gestione	0
SSD Tumori rari e melanoma	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 ≤ Budget Farmaci 2024) AND (Costo DM 2024 ≤ Budget DM 2024)	4	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 6 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (SI/No)	4		Valutazione Controllo di Gestione	1

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Tumori rari e melanoma	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi chemioterapie (Ricavi.cht)	Ricavi.cht.2024 = Ricavi.cht.2023*1,1	7	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.cht.2024 ≥ Ricavi.cht.2023, P= 10*(Ricavi.cht.2024/Ricavi.cht.2023 -1)/0,1 se Ricavi.cht.2023 ≥ Ricavi.cht.2024 ≥ 1,1 *Ricavi.cht.2023, P=10, se Ricavi.cht.2024 ≥ 1,1 *Ricavi.cht.2023	7		Valutazione Controllo di Gestione	7
SSD Tumori rari e melanoma	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni per sperimentazioni profit	Numero di pazienti arruolati	Pazienti arruolati in studi profit 2024 > 1,1 * Pazienti arruolati in studi profit 2023	9	Trial Office	Dati Direzione Scientifica	P=0, se N.Paz.St.Profit.2024 ≥ N.Paz.St.Profit.2023, P=6*(N.Paz.St.Profit.2024 - N.Paz.St.Profit.2023)/1,1 * N.Paz.St.Profit.2023 se N.Paz.St.Profit.2023 < N.Paz.St.Profit.2024 <= 1,1 * N.Paz.St.Profit.2023, P=6 se N.Paz.St.Profit.2024 > 1,1 * N.Paz.St.Profit.2023	9		Nota Prot. n. 16626 del 29/06/2025	9
SSD Tumori rari e melanoma	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg 2024 <= Ifg 2023, P = (Ifg 2024-Ifg 2023) * 5 / 0,05 * Ifg 2023 se (Ifg 2023 <= Ifg 2024 <= 1,05 * Ifg 2023), P=5 se Ifg 2024 > 1,05 * Ifg 2023	4		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Tumori rari e melanoma	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Tumori rari e melanoma	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Tumori rari e melanoma	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Tumori rari e melanoma	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% della presenza del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Tumori rari e melanoma	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore, Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OEI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3		Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team Multidisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento dei TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	3	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	3		Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	3
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti nazionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	4	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione -90%) *5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	4		Nota Prot. n. 16316 del 26/06/2025	2
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O. per ciascuna patologia di rilievo (testa-collo, colon, urogeni, ecc.)	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	Si, P=5, No, P=0	3		Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Aumento delle prime visite attraverso il C.Or.O.	I visite C.Or.O. / I visite ≥ 65%	2,5	Responsabile C.Or.O.	Attestazione Responsabile C.Or.O.	Si, P=2,5, No, P=0	3		-	3
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio prestazioni di Telemedicina	Apertura delle agende	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	Si, P=5, No, P=1	3		Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Efficientamento Chemioterapie	Anticipazione delle preparazioni UMACA e Prolungamento pomeridiano delle somministrazioni	Audit da parte del Controllo di gestione	7,5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	Si, P=2,5, No, P=0	8		Valutazione Controllo di Gestione	8
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del POT (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	1	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=1, No, P=0	1		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	1
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=2, No, P=0	2		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca e carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=2, No, P=0	2		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SSD Tumori rari e melanoma	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Presenza in carico e follow-up	Esecuzione delle procedure di integrazione ospedale-territorio (MMG, Servizi Territoriali: Riabilitazione, Hospice, ADI, ecc.). Audit di verifica da parte della SSD Qualità	Esito audit	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	Si, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Tumori rari e melanoma	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A=Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B=N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C=N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5		-	0
SSD Tumori rari e melanoma	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	Si, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Tumori rari e melanoma	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Mantenimento dei livelli di produzione di ricovero del 2023	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 >= Ricavi.ricovero.2023	8	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024-Ricavi.ricovero.2023 < -50.000 €, P=3 se -50.000€ < Ricavi.ricovero.2024-Ricavi.ricovero.2023 < -25.000, P=5 se -25.000€ < Ricavi.ricovero.2024-Ricavi.ricovero.2023 < 0€, P=8, se Ricavi.ricovero.2024-Ricavi.ricovero.2023 >= 0 €	8	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 8 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	2
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2,1, Dm.2024 ≤ 7,0, Fo.2024 ≥ 55%	7	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 1,3 --> 3,0 punti (Si/No), Dm.2024 <= 9,0 --> 2,0 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 80% --> 2,0 punti	7	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi ambulatoriali	(Ricavi.ambulatoriali.2024 - Ricavi.ambulatoriali.2023) ≥ 85.000 €	4	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se (Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023) <= 0€, P= 4*(Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023)/85.000€ se 0 € < P Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023 < 85.000€, P=4, se Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023 >= 85.000€	4	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni per sperimentazioni profit	Numero di pazienti arruolati	Pazienti arruolati in studi profit 2024 > 1,1 * Pazienti arruolati in studi profit 2023	6	Trial Office	Dati Direzione Scientifica	P=0, se N.Paz.St.Profit.2024<N.Paz.St.Profit.2023, P=6*(N.Paz.St.Profit.2024-N.Paz.St.Profit.2023)/1,1*N.Paz.St.Profit.2023) se N.Paz.St.Profit.2023 <= N.Paz.St.Profit.2024 <= 1,1*N.Paz.St.Profit.2023, P=6 se N.Paz.St.Profit.2024 > 1,1*N.Paz.St.Profit.2023	6	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16626 del 29/06/2025	0
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = (Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0,05*(Ifg.2023) se Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1,05*(Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1,05*(Ifg.2023)	4	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore, Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	3	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali.	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	4	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	4	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	-	2
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O. per ciascuna patologia di rilievo (testa-collo, colon, upperGI, ecc.)	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Aumento delle prime visite attraverso il C.Or.O.	I visite C.Or.O. / I visite ≥ 65%	2,5	Responsabile C.Or.O.	Attestazione Responsabile C.Or.O.	SI, P=2,5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	-	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio prestazioni di Telemedicina	Apertura delle agende	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=1	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficienza del TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio	5	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	SI, P=5, No, P=1	5	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Efficientamento Chemioterapie	Anticipazione delle preparazioni UMACA e Prolungamento pomeridiano delle somministrazioni	Audit da parte del Controllo di gestione	2,5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=2,5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	3
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	1	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=1, No, P=0	1	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	1
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best- practices/risultati ricerca e carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Presenza in carico e follow-up	Esecuzione delle procedure di integrazione ospedale-territorio (MMG, Servizi Territoriali: Riabilitazione, Hospice, ADI, ecc.). Audit di verifica da parte della SSD Qualità	Esito audit	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	-	2

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Anatomia Patologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento dei ricavi grazie alla Digital Pathology	ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(2024.vs.2023)	ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(2024 vs.2023)≥ 150.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024 ≥ Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023, P = 10*[(Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024- Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023)/150.000€ se 0€ ≤ ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(2024 vs.2023) ≤ 150.000€, P=10 se ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(2024 vs.2023) > 150.000€	10	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Anatomia Patologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti 2024 <= Budget Reagenti 2024). AND (Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Reagenti punti 5 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 5 (SI/No)	10	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Anatomia Patologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Tempi di refertazione	Diminuzione del tempo di refertazione	T.medio.refertazione.2024 ≤ 0,9*T.medio.refertazione.2023	10	Controllo di Gestione	Dati SIRAP	P = 10*[1- T.medio.refertazione.2024/T.medio.refertazione.2023]/0,1 se T.medio.refertazione.2023 ≥ 0,9*T.medio.refertazione.2023, P=10 se T.medio.refertazione.2024 ≤ 0,9*T.medio.refertazione.2023	10	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SC Anatomia Patologica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg.2024 ≥ 1,05 * Ifg.2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0,05*Ifg.2023] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1,05*Ifg.2023), P=5 se Ifg.2024 > 1,05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4
SC Anatomia Patologica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Anatomia Patologica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione.	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale: Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, DECI e JCI.	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SC Anatomia Patologica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Contribuire all'adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	3	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	3	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	3
SC Anatomia Patologica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	4	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	4	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025 - Nota Prot. n. 16131 del 24/06/2025 - Nota Prot. n. 16627 del 29/06/2025 - Nota Prot. n. 16628 del 29/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	implementazione C.Or.O.	Approntamento delle agende di servizio per il C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Anatomia Patologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Tempi di refertazione	Tempi di refertazione	T.ref.bps-cit <= 7 gg. per biopsie endoscopiche ed esami citologici, T.ref.ostmd <= 15 gg. per biopsie osteomidollari, T.ref.est.<=20 gg per campioni da intervento oneratonin	7,5	Controllo di Gestione	SIRAP	P=P1+P2+P3, dove P1=2.5 se T.ref.bps-cit <= 7 gg. almeno nel 90% dei casi, P2=2.5 se T.ref.ostmd <= 15 gg. almeno nel 90% dei casi, P3=2.5 se T.ref.est.<=20 gg almeno nel 90% dei casi	8	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SC Anatomia Patologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Tempi di refertazione	T.ref.dig.ut-sen <= 7 gg. per biopsie endoscopiche app.dig., colposcopiche e tru- cut mammari, T.ref.PAP-sen <= 5 gg. per PAP test ed aspirati mammari, T.ref.est.<=20 gg per campioni da intervento oneratonin	7,5	Controllo di Gestione	SIRAP	P=P1+P2+P3, dove P1=2.5 se T.ref.dig.ut-sen <= 7 gg. almeno nel 90% dei casi, P2=2.5 se T.ref.PAP-sen <= 5 gg. almeno nel 90% dei casi, P3=2.5 se T.ref.est.<=20 gg almeno nel 90% dei casi	8	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SC Anatomia Patologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Anatomia Patologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Anatomia Patologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SC Anatomia Patologica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Integrazione Completa del SIRAP nella CCE	Attestazione avvenuta integrazione	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	-	5
SC Anatomia Patologica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Anatomia Patologica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14502 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Diagnostica Molecolare	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento dei ricavi grazie ai nuovi NGS	ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(2024.vs.2023)	ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(20 24.vs.2023)≥= 150.000 €	15	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024 ≤ Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023, P = 10*(Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024-Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023)/150.000€ se 0€ ≥ ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.2024 vs.2023) ≤ 150.000€, P=10 se ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.2024 vs.2023) > 150.000 €	15	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SSD Diagnostica Molecolare	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti 2024 <= Budget Reagenti 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Reagenti punti 5 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 5 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Diagnostica Molecolare	Sostenibilità economico-finanziaria	Tempi di refertazione	Diminuzione del tempo di refertazione	T.medio.refertazione.2024 ≤ 0,9*T.medio.refertazione.202 3	10	Controllo di Gestione	Dati nuovo sistema LIS della Diagnostica Molecolare	P=0, se T.medio.refertazione.2024 ≥ T.medio.refertazione.2023, P = 10*(1-T.medio.refertazione.2024/T.medio.refertazione.2023)/0,1 se T.medio.refertazione.2023 ≥ T.medio.refertazione.2024 ≥ 0,9*T.medio.refertazione.2023, P=10 se T.medio.refertazione.2024 ≤ 0,9*T.medio.refertazione.2023	10	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD Diagnostica Molecolare	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0,05*Ifg.2023] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1,05 *Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1,05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Diagnostica Molecolare	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Diagnostica Molecolare	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SSD Diagnostica Molecolare	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Diagnostica Molecolare	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Diagnostica Molecolare	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	4	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	P=4 se riscontri regolarmente pervenuti, P=0 se non pervenuti	4	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	4
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento organizzativo	Funzionamento del Molecular Tumor Board	Redazione ed adozione del Regolamento del Molecular Tumor Board	Sottomissione del Regolamento	6	Direzione Sanitaria	Registri TMD	P=6 se regolamento MTB sottomesso alla DS, P=0 se no	6	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	6
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025 - Nota Prot. n. 16131 del 24/06/2025 - Nota Prot. n. 16628 del 29/06/2025	3
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Approntamento delle agende di servizio per il C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo (cooperazione)	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Diagnostica Molecolare	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Diagnostica Molecolare	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Integrazione LIS Diagnostica Molecolare nella CCE	Attestazione Integrazione	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	-	5
SSD Diagnostica Molecolare	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Diagnostica Molecolare	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2025 - Nota Prot. n. 14910 del 11/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Cardiologia Oncologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento della produzione 2023 al netto delle nuove prestazioni introdotte (Riprogrammazione e controllo pace-makers e defibrillatori impiantati	ΔRicavi.Amb.Nopace.Ext.(2024.vs.2023)	ΔRicavi.Amb.Nopace.Ext.(202 4.vs.2023)≥= 0 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2024 - Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2023) <= -50.000 €, P = 3 se Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2024 - Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2023) <= -20.000 €, P = 7 se -20.000€ ≤ Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2024 - Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2023 < 0€ ; P = 10 se Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2024 ≥= Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2023; Rispetto budget 2024 Reagenti punti 5 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 5 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	7
SSD Cardiologia Oncologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti 2024 <= Budget Reagenti 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS		10	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Cardiologia Oncologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento dei ricavi per controllo PaceMaker e Defibrillatori impiantati	Ricavi.Pace	Ricavi.Pace≥= 50.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P = 10*(Ricavi.Pace/50.000€ se 0€ ≤ Ricavi.Pace ≤ 50.000€, P=10 se Ricavi.Pace > 50.000 €	10	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD Cardiologia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0,05*Ifg.2023] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1,05 *Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1,05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Cardiologia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Cardiologia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SSD Cardiologia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Cardiologia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Cardiologia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale: Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD (cooperazione)	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16628 del 29/06/2025	3
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio prestazioni di Telemedicina	Apertura delle agende	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=1	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD (cooperazione)	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del POTa (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SSD Cardiologia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SSD Cardiologia Oncologica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Integrazione CIS nella CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	-	5
SSD Cardiologia Oncologica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Cardiologia Oncologica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14536 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Radiodiagnostica interventistica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Aumento dei ricavi	Ricavi ricovero da rimbaltare su Oncologia Medica e Chirurgia Generale	Ricavi.ricovero.2024 >= 1.300.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=600.000 €, P= 10*(Ricavi.ricovero.2024-600.000 €/700.000€ se 600.000€ <= Ricavi.ricovero.2024 < 1.300.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 >= 1.300.000€	10		Valutazione Controllo di Gestione	10
SC Radiodiagnostica interventistica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024) AND (Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 8 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (SI/No)	10		Valutazione Controllo di Gestione	10
SC Radiodiagnostica interventistica	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni in DS, DH	Ricavi prestazioni DH/DS	(Ricavi.DSDH.2024 - Ricavi.DSDH.2023) ≥ 220.000 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se (Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023) <= 150000 €, P= 10*(Ricavi.amb.2024 - Ricavi.amb.2023)/70.000€ se 150.000 € <= Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023 < 220.000€, P=10, se Ricavi.amb.2024-Ricavi.amb.2023 ≥ 220.000€	10		Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg 2024 <= Ifg 2023, P = ([Ifg 2024-Ifg 2023] * 5 / 0.05 * Ifg 2023) se ([Ifg 2023 <= Ifg 2024 <= 1.05 * Ifg 2023] , P=5 se Ifg 2024 > 1.05 * Ifg 2023	4		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Radiodiagnostica interventistica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore, Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2		Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5		Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5		Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%Partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5		Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025	3
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Percentuale di pazienti non sottoposti a consulto oncologico prima di terapia interventistica di prima linea	% ≤ 10% (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza)	5	UOSE	Attestazione Direttore UOSE	P= (20%-%pazienti)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 80%	5		Nota Prot. n. 14997 del 12/06/2025	5
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5		Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3		Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Radiodiagnostica interventistica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A:Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B:N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C:N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5		-	0
SC Radiodiagnostica interventistica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Radiodiagnostica interventistica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Radioterapia Oncologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento della produzione 2023 al netto delle nuove prestazioni introdotte (brachiterapia HDR)	ΔRicavi.Amb.NobrachiHDR.Ext.(2024.vs.2.023)	ΔRicavi.Amb.NobrachiHDR.Ext.(2024.vs.2023)≈= 0 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Amb.NobrachiHDR.2024 - Ricavi.Amb.2023) B: -50.000 €, P = 3 se Ricavi.Amb.NobrachiHDR.2024 - Ricavi.Amb.2023) B: -20.000 €, P = 7 se -20.000€ B Ricavi.Amb.NobrachiHDR.2024 - Ricavi.Amb.2023 < 0€ ; P = 10 se icavi.Amb.NobrachiHDR.2024 B Ricavi.Amb.2023;	10	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SC Radioterapia Oncologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti 2024 <= Budget Reagenti 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Reagenti punti 5 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 5 (SI/No)	10	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SC Radioterapia Oncologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento dei ricavi per avvio brachiterapia HDR	Ricavi.BrachiterapiaHDR	Ricavi.BrachiterapiaHDR ≥ 150.000 € in un anno	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P = 10*Ricavi.BrachiterapiaHDR /(12.500€*n.mesi) se 0€ ≤ Ricavi.BrachiterapiaHDR B 12.500€*n.mesi€, P=10 se Ricavi.BrachiterapiaHDR > 12.500 € * n.mesi	10	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SC Radioterapia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = ([Ifg.2024-Ifg.2023] * 5 / 0.05*Ifg.2023) se ([Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radioterapia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Radioterapia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Radioterapia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radioterapia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione.	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Radioterapia Oncologica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECl e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente.	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD (cooperazione)	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%Partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025 - Nota Prot. n. 16627 del 29/06/2025	3
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio trattamenti TBI	N.trattamenti TBI	N.trattamenti TBI	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=1	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SC Radioterapia Oncologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SC Radioterapia Oncologica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Avvio Integrazione ARIA in CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Dir, AGT e SI	Attestazione Direttore	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
SC Radioterapia Oncologica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Radioterapia Oncologica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14601 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento della produzione 2023 escluse procedure biotiche	ΔRicavi.Ext.(2024.vs.2023) - escluse procedure biotiche.	ΔRicavi.Ext.(2024.vs.2023).Es cluse.Proc.biop. >= 0 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Amb.NoBiop.2024 - Ricavi.Amb.NoBiop.2023 <= -50.000 €, P = 3 se Ricavi.Amb.NoBiop.2024 - Ricavi.Amb.NoBiop.2023 <= -20.000 €, P = 7 se -20.000€ < Ricavi.Amb.NoBiop.2024 - Ricavi.Amb.NoBiop.2023 < 0 € ; P = 10 se Ricavi.Amb.NoBiop.2024 >= Ricavi.Amb.NoBiop.2023;	10	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD Radiologia Senologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento procedure biotiche	N.proc.biotiche	N.proc.biotiche.2024 >= 1.05* N.proc.biotiche.2023	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se N.Proc.Biop.2024 - N.Proc.Biop.2023 >= 0, P = 10*((N.proc.biotiche.2024 / N.proc.biotiche.2023) - 1) / 0.05, P = 10 N.Proc.Biop.2024 >= 1.05*N.Proc.Biop.2023	10	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD Radiologia Senologica	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti 2024 <= Budget Reagenti 2024) AND/(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 5 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 5 (SI/No)	10	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD Radiologia Senologica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05*Ifg.2023] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Radiologia Senologica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiologia Senologica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SSD Radiologia Senologica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiologia Senologica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiologia Senologica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OEI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	P=5 se riscontri regolarmente pervenuti, P=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento organizzativo	Avvio certificazione ISO 9001	Predisposizione manuale della qualità e procedure.	Attivazione procedura certificazione presso Ente Qualificato	5	Direzione Dipartimento	Attestazione Direttore	P=5 se procedura attivata, P=0 se altrimenti	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16618 del 27/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	-	3
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia del TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=4, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	4
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Radiologia Senologica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Radiologia Senologica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Completamento integrazione RIS-PACS in CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2.5 punti, obiettivo B: 1.5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Radiologia Senologica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14488 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Patologia Clinica	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento della produzione 2023	ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(2024.vs.2023)	ΔRicavi.Ambulatoriale.Ext.(20.24 vs.2023)>= 0 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024 - Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023) <= -50.000 €, P = 3 se Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024 - Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023) <= -20.000 €, P = 7 se -20.000€ ≤ Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024 - Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023 < 0€ ; P = 10 se Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2024 ≥ Ricavi.Ambulatoriale.Ext.2023...	10	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SSD Patologia Clinica	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti 2024 <= Budget Reagenti 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Reagenti punti 8 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SSD Patologia Clinica	Sostenibilità economico-finanziaria	Efficientamento Chemioterapie	Diminuzione del TAT sugli esami propedeutici alle chemio	TAT.prechemio.2024 ≤ 0,9 TAT.prechemio.2023	4	Controllo di Gestione	Dati LIS	P=0, P=4 se TAT.prechemio.2024 ≤ 0,9 TAT.prechemio.2023	4	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	2
SSD Patologia Clinica	Sostenibilità economico-finanziaria	Efficientamento Chemioterapie	Tempi di esecuzione degli esami propedeutici alle chemioterapie	Introduzione della procedura di trasmissione telematica ricette dal Centro Prelevi al Laboratorio in caso di mancata trasmissione integrazione CUP-LIS entro fine Marzo	6	Controllo di Gestione	Relazione verifica	P=0 in caso di verifica negativa, P=6 in caso di verifica positiva	6	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	6
SSD Patologia Clinica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05*Ifg.2023] se Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023 , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Patologia Clinica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Patologia Clinica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Patologia Clinica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Patologia Clinica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Patologia Clinica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale: Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Patologia Clinica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OEI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	P=3 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SSD Patologia Clinica	Miglioramento organizzativo	Applicazione delle GLP	Mantenimento della certificazione ISO 9001	Esito positivo della visita di conferma	3	Ente Accreditato	Emissione Certificato	P=3 se certificato emesso, p=0 in caso negativo	3	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	-	3
SSD Patologia Clinica	Miglioramento organizzativo	Completamento della pre-analitica con l'accettazione prelievi in reparto	Avvenuta esecuzione del collaudo	Esito positivo della visita di collaudo	4	Collaudatore	Emissione Certificato	P=4 se certificato emesso, p=0 in caso negativo	4	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15871 del 19/06/2025	4
SSD Patologia Clinica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Approntamento delle agende di servizio per il C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Patologia Clinica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Introduzione della telemedicina	Esecuzione prelievi presso i centri remoti	Avvio delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SSD Patologia Clinica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Monitoraggio degli indicatori di processo (cooperazione)	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Patologia Clinica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD Patologia Clinica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	5
SSD Patologia Clinica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	2	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Patologia Clinica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Patologia Clinica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Integrazione Completa del LIS nella CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Direttore AGT e SI	Attestazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
SSD Patologia Clinica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Patologia Clinica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14576 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Sostenibilità economico-finanziaria	Supporto al mantenimento della produzione 2024 della Radioterapia	Assenza criticità nella produzione della RT determinate dalla Fisica Sanitaria	Assenza rilievi	10	Direttore SC Radioterapia Oncologica	Attestazione	SI, P=10, No, P=0	10	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16584 del 27/06/2025	10
SSD Fisica Sanitaria	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento dei ricavi per avvio brachiterapia HDR	Supporto tecnico Alle Aree Gestione Tecnica e Patrimonio per la redazione del Capitolato d'Oneri e fornitura del supporto necessario all'espletamento della gara	Redazione delle specifiche tecniche del Capitolato d'Oneri e fornitura del supporto necessario all'espletamento della gara	10	Area Gestione Tecnica e Area Patrimonio	Attestazione	SI, P=10, No, P=0	10	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
SSD Fisica Sanitaria	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento dei ricavi per avvio brachiterapia HDR	Determinazione protocolli condivisi con Ginecologia e supporto all'integrazione del Documento di Valutazione del Rischio	Redazione dei protocolli e delle linee guida di applicabilità della brachiterapia HDR, supporto all'RSPP	10	SC Ginecologia e Dirigente Responsabile SPP	Attestazione	SI, P=10, No, P=0	10	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16221 del 25/06/2025	10
SSD Fisica Sanitaria	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo (confrontato sul medesimo set di ricercatori)	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05*Ifg.2023] se Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023 , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4
SSD Fisica Sanitaria	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Fisica Sanitaria	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SSD Fisica Sanitaria	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Fisica Sanitaria	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Fisica Sanitaria	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale: Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, DECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD (cooperazione)	Redazione e sottomissione del Regolamento	5	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento organizzativo	Partecipazione ai TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali.	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16619 del 26/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio trattamenti TBI	Avvio formazione sull'esecuzione dei trattamenti TBI	Completamento formazione entro termine primo semestre	5	Formazione	Attestazione Dirigente Responsabile	SI, P=5, No, P=1	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15541 del 18/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Aggiornamento del Manuale delle Procedure di interazione tra SC Radioterapia e SSD Fisica Sanitaria	Condivisione Manuale	Adozione Manuale condiviso	5	SC Radioterapia	Attestazione Direttore Radioterapia	SI, P=5, No, P=2	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16584 del 27/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD	Supporto nella redazione dei report di monitoraggio degli indicatori di processo relativi ai TMD	Citazione del supporto nel report di monitoraggio trasmesso dal Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Somministrazione di un questionario sulla qualità percepita da parte dell'Utente Interno della Radioterapia ed esecuzione di successivo audit di miglioramento.	Avvenuta somministrazione del questionario ed esecuzione audit	4	SSD Clinica Risk Management e Qualità	Attestazione Dir. Resp. CRM e Qualità	SI, P=3, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15541 del 18/06/2025	4
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione bimestrale aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Fisica Sanitaria	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SSD Fisica Sanitaria	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Avvio Integrazione ARIA in CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Dir, AGT e SI	Attestazione Direttore	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Fisica Sanitaria	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14198 del 03/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Sostenibilità economico-finanziaria	Implementazione attività sanitaria in regime ambulatoriale di Day Service	Predisposizione proposte aziendali di Day Service ambulatoriali (nuovi o implementazione degli attuali previsti dal vigente nomenclatore/catalogo) da sottoporre ai competenti uffici regionali	Tre proposte di Day Service	20	Direzione Sanitaria	Nota o mail di trasmissione alla Regione Puglia delle proposte di Day Service (SI/PARZIALE/NO)	Se SI P=20 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *20	20	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	20
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Sostenibilità economico-finanziaria	Attività di supporto richiesta dall'Unità Controllo di Gestione	Rilevazione/Elaborazione di flussi informativi richiesti dall'Unità Controllo di Gestione	Trasmissione dati informativi richiesti per quanto di competenza ai sensi D.G.R. n. 465/2024	10	Controllo di Gestione	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=10 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *10	10	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Sviluppo della ricerca	Attività di supporto richiesta dalla Direzione Scientifica	Predisposizione dati informativi sull'attività assistenziale svolta a sostegno della ricerca corrente	Report/Dati informativi	10	Direzione Scientifica	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=10 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *10	10	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16095 del 24/06/2025	10
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Miglioramento organizzativo	Monitoraggio Liste di Attesa Ricoveri Chirurgici per Classi di Priorità e/o Classi di priorità ministeriali	Verifica liste di attesa dei pazienti inseriti in Edotto da parte dei reparti chirurgici	Verifica aggiornamento Classi di Priorità/Complessità dei pazienti inseriti in Lista di Attesa	5	Direzione Sanitaria	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=5 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Miglioramento organizzativo	Implementazione in NCUF delle agende afferenti alle attività C.Or.O.	Attivazione di specifiche agende ambulatoriali per la prenotazione diretta di prestazioni specialistiche da parte del C.Or.O.	Aggiornamento agende ambulatoriali in NCUF	10	Dirigente Responsabile del C.Or.O.	Riscontro in NCUF delle specifiche agende CUP attivate ed a campione dei relativi piani medici (pazienti prenotati)	Se SI P=10 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *10	10	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	-	10
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione attività di controllo interno tramite verifica appropriatezza e corretta codifica clinica dei ricoveri (SDO)	Implementazione monitoraggio casistica oncologica che al momento non rientra nei criteri/protocolli del PNE dell'Agenas	Elaborazione e validazione criteri aziendali per la rilevazione della casistica oncologica "no PNE" di concerto con le unità operative interessate	10	Dirigente Responsabile/Referente della/e Unità Operative interessate	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=10 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *10	10	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	-	10
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Elaborazione di concerto con Unità di Rischio Clinico di opportune codifiche necessarie per la rilevazione delle ICA in ambiente ospedaliero	Predisposizione di specifiche codifiche ICD9-CM per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza in relazione alla procedura aziendale approvata con deliberazione n. 167 del 8 marzo 2024	Redazione di un documento descrittivo di carattere generale per le codifiche da riportare nella SDO ai fini della corretta rilevazione delle infezioni, sepsi e/o setticemia durante il ricovero ospedaliero	10	Unità Rischio Clinico	Attestazione Rischio Clinico	Se SI P=10 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *10	10	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16269 del 25/06/2025	10
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Attuazione adempimenti Medico Competente/Autorizzato ex D.Lgpn. 81/2008 e n. 101/2020 ai fini della sorveglianza Sanitaria	Esecuzione visite periodiche dei lavoratori in servizio per rientro malattia, rientro maternità, su richiesta per cambio mansione, radioprotezione	Garantire le visite richieste entro un margine di scostamento del +/- 5% rispetto al personale aziendale interessato	5	Direzione Sanitaria	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=5 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Attuazione adempimenti RSPF ex D.Lgs. N. 81/2028 di concerto con Medico Competente ed RLS	Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) aziendale	Svolgimento sopralluoghi e riunioni periodiche ai fini aggiornamento DVR	5	Direzione Sanitaria	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=5 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Transizione digitale in sanità	Avvio della gestione di ADT Edotto nell'ambito della funzionalità di Cartella Clinica Elettronica	Attività di supporto ai reparti di degenza per il corretto utilizzo della nuova funzionalità in CEE	Riduzione tendenziale nel secondo semestre 2024 dei ricoveri temporaneamente non validati da Edotto	5	Responsabile Transizione Digitale	SI/PARZIALE/NO a seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=5 Se No P=0 Se Parz. = percentuale attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	-	5
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate; note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza prevista dal General Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle attività/azioni richieste dall'AGRU in relazione a quanto previsto dalla deliberazione n. 1041 del 28 dicembre 2023; note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 15850 del 20/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Bed Management: Conversione di alcuni posti letto in lungodegenza	Ricavi lungodegenza (attivazione di 10 P.L.)	Ricavi Lungodegenza ≥ 400.000 € (sull'arco di 12 mesi)	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.LD/n.mesi ≤ 28.000 €, P=10*(Ricavi.LD/n.mesi-28.000€/77.000€ se 28.000€ ≤ Ricavi.LD/n.mesi ≤ 35.000, P=10, se Ricavi.LD/n.mesi ≥ 35.000 €	10	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	5	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 8 (SI/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (SI/No)	5	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Attivazione Coordinamento Ospedale-Territorio	Avvio di un tavolo di lavoro congiunto per stabilire le regole per l'attivazione di ADI, HospiceI	Approvazione dei regolamenti di funzionamento integrato attraverso il C.Or.O.	10	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	P=10 se SI, P=0 se No	10	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	10
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Attivazione Servizi di Telemedicina	Attivazione dei centri remoti entro il primo semestre. Attivazione agende di televisita e teleconsulto	Relazione del Project Manager	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=10 se SI, P=0 se No	10	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	10
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05*Ifg.2023] se Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	4
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore, Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, DECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Revisione dei Regolamenti proposti dal TMD e proposta per l'approvazione da parte della Direzione	3	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	p=5 se SI, p=0 se no	3	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	3
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento organizzativo	Esecuzione di audit di controllo sui TMD	Audit bimestrali sui TMD	Redazione dei verbali di audit e trasmissione alla Direzione Sanitaria	4	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	p=4 se SI, p=0 se no	4	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	0
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O. per ciascuna patologia di rilievo (testa-collo, colon, upperGI, ecc.)	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=2,5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Aumento delle prime visite attraverso il C.Or.O.	I visite C.Or.O. / I visite ≥ 65%	2,5	Responsabile C.Or.O.	Attestazione Responsabile C.Or.O.	SI, P=2,5, No, P=0	3	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	-	3
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio prestazioni di Telemedicina	Apertura delle agende	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=1	3	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Efficientamento Chemioterapie	Anticipazione delle preparazioni UMACA e Prolungamento pomeridiano delle somministrazioni	Audit da parte del Controllo di gestione	7,5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	P=5 se SI, P=0 se No	8	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del POTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	1	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=1, No, P=0	1	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	1
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca e carta dei	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Presa in carico e follow-up	Esecuzione delle procedure di integrazione ospedale-territorio (MMG, Servizi Territoriali: Riabilitazione, Hospice, ADI, ecc.). Audit di verifica da parte della SSD	Esito audit	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A=Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B=N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C=N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	-	5
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD C.Or.O., Bed Management, Presa in Carico, TMD	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16361 del 26/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Servizio Professioni Sanitarie	Sostenibilità economico-finanziaria	Garanzia operativa del supporto alle attività del Gruppo Operatorio	Attuazione delle azioni concordate con il Direttore di Anestesia e Rianimazione sull'efficientamento del Gruppo Operatorio	Rispetto del cronoprogramma	15	Direttore Dipartimento Chirurgico	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=15 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *15	15	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16088 del 23/06/2025	0

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
Servizio Professioni Sanitarie	Sostenibilità economico-finanziaria	Garanzia operativa del supporto alle attività per la somministrazione delle Chemioterapie	Attuazione delle azioni concordate con le strutture che effettuano somministrazioni di farmaci per via infusionale sull'efficiamento delle procedure	Rispetto del cronoprogramma	10	Direttore Dipartimento Clinico di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=10 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *10	10	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 31851 del 30/12/2024	10
Servizio Professioni Sanitarie	Sostenibilità economico-finanziaria	Garanzia operativa del supporto alle attività di avvio del progetto TeleC.Or.O.	Attuazione delle azioni concordate con il GdL interno per l'attivazione delle postazioni remote	Rispetto del cronoprogramma	10	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=10 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *10	10	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	10
Servizio Professioni Sanitarie	Sviluppo della ricerca	Avvio di specifica attività di ricerca per qualificazione del ruolo dell'infermiere in quello che il PON 2023-2025 chiama Triage Infermieristico Oncologico	Ideazione, stesura e implementazione di uno specifico ambito di ricerca per le prestazioni di telenursing di concerto con la Direzione Scientifica	Proposta progettuale delle attività e loro avvio	7,5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=7,5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *7,5	8	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 14760 del 10/06/2025	6
Servizio Professioni Sanitarie	Sviluppo della ricerca	Approntamento di una rilevazione statistica delle funzioni svolte dall'infermiere nel TeleC.Or.O. per una ricerca traslazionale sul telenursing	Ideazione, stesura e implementazione di uno specifico ambito di ricerca per le prestazioni di telenursing di concerto con la Direzione Scientifica	Proposta progettuale delle attività e loro avvio	7,5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=7,5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *7,5	8	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 14760 del 10/06/2025	8
Servizio Professioni Sanitarie	Miglioramento organizzativo	Proposta di un modello organizzativo condiviso della Sala Ibrida per l'efficiamento delle procedure	Redazione di documento descrittivo ed a seguito della sua condivisione, avvio dell'implementazione	Redazione della proposta entro la fine del mese di Giugno ed a seguito della sua condivisione avvio delle azioni secondo cronoprogramma	5	Direttore Dipartimento Chirurgico	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16088 del 23/06/2025	5
Servizio Professioni Sanitarie	Miglioramento organizzativo	Rotazione del personale del comparto all'interno dei dipartimenti per attivare un modello dipartimentale delle cure in regime di ricovero (training on the job) e monitoraggio di punti forza e criticità di tale approccio al fine di un costante miglioramento della qualità assistenziale	Attivazione delle rotazioni ed avvio del monitoraggio proposto	Attivazione entro il mese di Ottobre	10	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=10 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *10	10	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	10
Servizio Professioni Sanitarie	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Presentazione di un modello per la gestione distaccata al singolo reparto di afferenza, determinando la possibilità di individuare unità del comparto attualmente afferenti al ricovero centralizzato da destinare alle singole unità chirurgiche.	Redazione di documento descrittivo ed a seguito della sua condivisione, avvio dell'implementazione	Redazione della proposta entro la fine del mese di Settembre ed a seguito della sua condivisione avvio delle azioni secondo cronoprogramma	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Servizio Professioni Sanitarie	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Elaborazione congiunta al Controllo di Gestione di un set di indicatori per rilevare efficacia ed efficienza dei PDTA	Approntamento di una "dashboard" degli indicatori e delle modalità di alimentazione dei dati	Redazione di un documento descrittivo del sistema di monitoraggio dei PDTA	5	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Servizio Professioni Sanitarie	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Predisposizione, congiuntamente al Controllo di Gestione di un e-Form per la Patient Reported Experience Measurement riguardante le chemioterapie	Definizione del contenuto del form	Entro fine luglio	5	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 18382 del 30/07/2024	5
Servizio Professioni Sanitarie	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Introduzione della procedura di accoglienza dei nuovi assunti	Avvio sistematico della sua esecuzione	Avvio a partire da fine Settembre	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	5
Servizio Professioni Sanitarie	Transizione digitale in sanità	Individuazione ed attivazione di procedure operative che garantiscano l'integrazione tra gli ambulatori ed il CUP al fine di facilitare la presa in carico dei pazienti nel PDTA	Avvio di un GdL ad hoc con il responsabile del C.Or.O. e del CdG per migliorare la gestione informatizzata dei PDTA	Costituzione del GdL entro fine giugno ed avvio delle procedure entro fine ottobre	5	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16422 del 26/06/2025	1
Servizio Professioni Sanitarie	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
Servizio Professioni Sanitarie	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore Sanitario	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14548 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Clinical Risk Management	Sostenibilità economico-finanziaria	Valutazione del rischio clinico nell'efficiamento procedurale delle chemioterapie	Documento di valutazione del rischio per quanto attiene all'anticipazione della diagnostica di laboratorio propedeutica alle somministrazioni chemioterapiche dell'oncologia e dell'ematologia	Emissione del documento entro il 30 settembre	10	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=15 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *15	10	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	10
SSD Clinical Risk Management	Sostenibilità economico-finanziaria	Valutazione del rischio clinico nell'introduzione delle procedure di telemedicina del TeleC.Or.O.	Documento di valutazione del rischio per quanto attiene al teleconsulto ed alla televisita dell'oncologia e dell'ematologia	Emissione del documento entro il 30 settembre	10	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=15 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *16	10	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	10
SSD Clinical Risk Management	Sostenibilità economico-finanziaria	Valutazione del rischio clinico e del fabbisogno formativo nell'introduzione di degense di tipo dipartimentale in Area Medica e Chirurgica	Documento di valutazione del rischio e del fabbisogno formativo per quanto attiene al personale sanitario	Emissione del documento	10	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=15 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *17	10	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	10
SSD Clinical Risk Management	Sviluppo della ricerca	Attivazione dei programmi formativi necessari all'effettuazione di sperimentazioni farmacologiche di Fase1	Attivazione dei percorsi formativi entro le tempistiche utili	Completamento entro le tempistiche assegnate dal GdL	7,5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=7,5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *7,5	8	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 14578 del 06/06/2025	8
SSD Clinical Risk Management	Sviluppo della ricerca	Attivazione delle valutazioni di competenza per il Sistema Qualità delle Sperimentazioni farmacologiche di Fase 1	Redazione e revisione delle SOP di competenza entro le tempistiche assegnate	Completamento entro le tempistiche assegnate dal GdL	7,5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=7,5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *7,5	8	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 14578 del 06/06/2025	8
SSD Clinical Risk Management	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OEI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	10	Coordinatore del GdL	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	p=10 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	10	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	10
SSD Clinical Risk Management	Miglioramento organizzativo	Emissione relazione annuale sugli Eventi Avversi e Piano Annuale del Rischio Sanitario secondo le indicazioni del Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e per la gestione del rischio paziente (CRBSI)	Emissione documento DVRC ed attivazione di un percorso formativo per formatori PROM	Assenza di contestazioni regionali	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Clinical Risk Management	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Attivazione di una "dashboard" sistematica per la rilevazione della qualità dell'assistenza (% sopravvissuti ad 1 e 5 anni, QoL con metodo SF-SD	Implementazione della "dashboard"	Attestazione Direzione Sanitaria	7,5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=7,5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *7,5	8	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	8
SSD Clinical Risk Management	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Cooperare con i Sistemi Informatici, l'UOSE ed il Controllo di Gestione all'attivazione di una dashboard dei parametri indicatori di qualità del PDTA: T210, T2PR, T2MR, %MDT, %CoRo, %STNET, %STNEO, %CPA (Par. 2.b.6.4.2 del PIAO)	Implementazione della "dashboard"	Attestazione Direzione Sanitaria	7,5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=7,5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *7,5	8	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	8
SSD Clinical Risk Management	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Revisione delle procedure di "patient empowerment" predisposte dal GdL della Area Medica e Chirurgica	Completamento della revisione	Revisione effettuata	10	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=10 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *10	10	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	10
SSD Clinical Risk Management	Transizione digitale in sanità	Procedure di backup in caso di malfunzionamento sistema CCE	Validazione procedure di emergenza in caso di malfunzionamento CCE	Attestazione Direzione Sanitaria	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Clinical Risk Management	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Clinical Risk Management	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14307 del 04/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Farmacia	Sostenibilità economico-finanziaria	Rispetto del tetto di spesa dei Dispositivi Medici e Farmaci	Attribuzione budget ai singoli Centri di Costo	Comunicazione del budget entro il 31 marzo	10	Direzione Sanitaria	Riscontro dell'avvenuta assegnazione tramite note a Protocollo	Si/No Presenza P=10, Assenza=0	10	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	10
SC Farmacia	Sostenibilità economico-finanziaria	Rispetto del tetto di spesa dei Dispositivi Medici e Farmaci	Elaborazione di un Piano Sintetico delle azioni. Incontri periodici bimestrali di monitoraggio	Elaborazione del Piano Sintetico delle azioni entro il 31 Giugno, congiuntamente al CdG. Incontri periodici a partire dal mese di giugno, per il monitoraggio con i responsabili delle UU.OO.	15	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Resp. CdG	Scadenze verificate P=10, Assenza Piano P=0, Presenza Piano P=6 + 1 punto ogni ciclo di monitoraggio	15	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	15
SC Farmacia	Sostenibilità economico-finanziaria	Tempestività pagamenti fatture	Indice Tempestività dei Pagamenti risultante dal Sistema Contabile	ITP <= 0	10	AGRF	Si/no A seguito di riscontro da parte del Dir. AGRF	ITP <=0 P=5, ITP > 0 P=0	10	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 999 del 14/01/2025	10
SC Farmacia	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Numero di pubblicazioni impattate	Numero di Pubblicazioni non inferiore a 2	5	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Pubblicazioni = 0, P=2 se Pubblicazioni = 1, P=5 se Pubblicazioni = 2	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	5
SC Farmacia	Sviluppo della ricerca	Avvio delle sperimentazioni di Fase 1	Assenza di ritardi o contestazioni di non conformità che blocchino l'avvio di sperimentazioni di Fase 1	Assenza ritardi e non conformità maggiori	10	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del GdL	P=10, se ritardi e non conformità maggiori assenti, P= 0 in caso contrario	10	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	10
SC Farmacia	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECl e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	P=5 se riscontri regolarmente pervenuti, P=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SC Farmacia	Miglioramento organizzativo	Partecipazione dell'U.O. al Molecular Tumor Board ad ogni convocazione	%partecipazione attestata dal Coordinatore del MTB fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del MTB	Attestazione Coordinatore MTB	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15923 del 20/06/2025	3
SC Farmacia	Miglioramento organizzativo	Procedure Operative multidisciplinari	Stesura di una P.O. riguardante la somministrazione dei farmaci antiblastici ad uso parenterale allestiti presso l'U.Ma.C.A dell'Istituto	P.O. sulla somministrazione dei farmaci antiblastici	5	Responsabile Risk Management	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del GdL	P=5, se ritardi e non conformità maggiori assenti, P= 0 in caso contrario	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15541 del 18/06/2025	5
SC Farmacia	Miglioramento organizzativo	Procedure Operative multidisciplinari	Stesura di una P.O. riguardante la Farmacovigilanza in Istituto	P.O. riguardante la Farmacovigilanza in Istituto	5	Responsabile Risk Management	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del GdL	P=5, se ritardi e non conformità maggiori assenti, P= 0 in caso contrario	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15541 del 18/06/2025	5
SC Farmacia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Piano di controllo degli armadietti di Reparto	Elaborazione di Verbal di ispezione nei Reparti	Almeno 2 ispezioni annuali in ogni reparto	10	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	10	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 6185 del 07/03/2024 - Prot. n. 24579 del 16/10/2024	10
SC Farmacia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Cooperazione con le strutture del Dipartimento di Area Medica per l'elaborazione di una strategia di "patient empowerment"	Fornire supporto consulenziale nell'elaborazione di piani di empowerment del paziente in merito a migliore aderenza terapeutica, monitoraggio degli effetti delle terapie e counseling farmacologico	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	5	Direttore Dipartimento Area Medica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16561 del 27/06/2025	5
SC Farmacia	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Integrazione CIS nella CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	-	5
SC Farmacia	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Farmacia	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14573 del 06/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento della produzione	Acquisizione di Loader per Brachiterapia	Invio alla SSD Patrimonio del Capitolato Tecnico previa consultazione della SC di Radioterapia e SSD di Fisica Sanitaria	5	Tasmissione documento all'Area Gestione Patrimonio entro la fine del mese di Luglio	Si/No/Parziale in caso di ritardo	Se Si = 100% Se No = 0% Parz. = 5*(1-Mesi di ritardo/5)	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16152 del 24/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sostenibilità economico-finanziaria	Tempestività dei pagamenti per limitare eventuali oneri finanziari	ITP	ITP<=0	5	AGRF	Pmax se ITP <=0 altrimenti P=0	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 995 del 14/01/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento della produttività del gruppo operatorio	Spostamento della IORT dalla Sala Operatoria 5 e sua sostituzione con arco a "C"; Spostamento di radiologico portatile in area PCCC	Spostamenti completati entro fine giugno	5	Direttore SC Anestesia Rianimazione e Sale Operatorie	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% Parz. = 5*(1-Mesi di ritardo/6)	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16167 del 24/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sostenibilità economico-finanziaria	Potenziamento tecnologico	Contingentamento dei tempi per la rimozione del precedente ed installazione del nuovo LINAC	Tempi complessivi di completamento delle attività di competenza della SC Area Tecnica non superiori a 5 mesi (da consegna lavori)	5	Direttore SC Radioterapia	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n.16170 del 24/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sostenibilità economico-finanziaria	Incremento e qualificazione della produzione	Acquisizione gratuita di apparecchiature per la programmazione dei pace-maker e defibrillatori impiantati a servizio della Cardiologia	Esecuzione delle trattative per la disponibilità gratuita dei programmatori di pace-maker e defibrillatori impiantati	5	Controllo di Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No =0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sviluppo della ricerca	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio	Attuazione delle attività di competenza dell'AGTSI per i Progetti PNRR e PNC della Direzione Scientifica, in tempi coerenti con le richieste di avvio delle singole procedure.	Conseguimento degli obiettivi	5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sviluppo della ricerca	Efficientamento delle procedure di competenza per quanto attiene alla Ricerca Corrente	Definizione di una procedura per la gestione degli approvvigionamenti tecnologici (Soggetti interessati, competenze, modularità, tempi)	Conseguimento degli obiettivi	5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Sviluppo della ricerca	Obiettivi di competenza della SC Area Tecnica per l'avvio della sperimentazione di Fase I	Realizzazione degli obiettivi assegnati	Esecuzione delle attività di competenza secondo la tempistica stabilita dal GdL	5	Direzione Scientifica	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento organizzativo	Predisposizione delle autocertificazioni e griglie di valutazione di competenza della SC AGTSI relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 – fase plan e fase do (rif. Punto 2.a.2.3 PIAO)	Predisposizione delle autocertificazioni, delle planimetrie e delle parti di competenza nella compilazione delle griglie di valutazione	Esecuzione delle attività di competenza secondo la tempistica stabilita dalla Direzione Sanitaria	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento organizzativo	Conversione di 8 P.L. della Oncologia Medica a Lungodegenza	Predisposizione di una proposta tecnico-organizzativa per la conversione del PL in aderenza alle indicazioni della Direzione Sanitaria	Presentazione di una proposta	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento organizzativo	Ampliamento previo trasferimento delle facilities dell'U.M.a.C.A	Predisposizione di una proposta tecnico-organizzativa per la conversione del PL in aderenza alle indicazioni della Direzione Sanitaria	Presentazione di una proposta	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento organizzativo	Riallocazione delle strutture ambulatoriali e del C.Or.D presso il piano rialzato dell'edificio ospedaliero	Avvio delle attività presso la nuova sede	Avvio delle attività nella nuova configurazione	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento organizzativo	Allocazione secondo il principio dell'intensità di cure del Centro Prelievi al Piano Rialzato dell'Ospedale	Predisposizione di una proposta tecnico-organizzativa per la conversione del PL in aderenza alle indicazioni della Direzione Sanitaria	Presentazione di una proposta	5	Direzione Sanitaria	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Efficientamento dei processi di preparazione e somministrazione delle chemioterapie mediante l'utilizzo delle pompe volumetriche collegate in rete ad un sistema di Dose Error Reduction System (DERS)	Redazione di un nuovo Capitolato Tecnico	Invio alla SSD Patrimonio del nuovo Capitolato Tecnico	5	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16159 del 24/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Completamento della progettualità per l'acquisizione di un sistema di identificazione pazienti connesso alla Cartella Clinica Elettronica.	Redazione di uno studio per l'acquisizione di un sistema di identificazione dei pazienti per la CCE	Trasmissione di una proposta tecnica per l'acquisizione del Sistema di Identificazione Pazienti	5	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	In caso di finanziamento FSC 2021-2027, attuazione del Progetto previsto dal Piano Triennale di adeguamento alle Linee Guida dell'Hospitality	Redazione e formalizzazione del progetto esecutivo	Trasmissione del progetto	5	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento della cartellonistica per nuovi reparti e servizi (Ginecologia, Ambulatori infusione) e di sicurezza (carrelli emergenza).	Apposizione cartelli	Esecuzione delle attività entro il termine dell'anno	5	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Transizione digitale in sanità	Con riferimento all'obiettivo generale "Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità Elettronica", attuazione di concrete azioni di miglioramento della sicurezza informatica	Formalizzazione di regolamento per armonizzare i comportamenti, formalizzazione di concrete attività di miglioramento della sicurezza informatica	nota protocollata di indicazione delle azioni assunte	5	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Implementazione delle attività a carico della SC Area Tecnica	Relazione a carico del RPACT	Assenza contestazioni	5	RPACT	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Azioni positive	Attuazione delle azioni di competenza del vigente GEP	Relazione a carico del RPACT	Assenza contestazioni	5	Rappresentanti interni del CUG	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si = 100% Se No = 0% se Parz. = percentuale di attuazione	5	Nota Prot. n. 14482 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Tempestività dei pagamenti per limitare eventuali oneri finanziari	Monitoraggio dei tempi di pagamento delle UU.OO.	Redazione di reports mensili a favore della Direzione Amministrativa, UU.OO. e del Controllo di Gestione	5	Direttore Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=5 se Si, P=0 se No, P=5*attuazione se Parziale	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario secondo quanto prescritto dal comma n.174, art. 1 della Legge n. 311/2004	1) Entro il 1° febbraio: a) CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali - b) CE IV trimestre Esteso in formato excel - c) Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070 - d) Riepilogo Note di credito Farmaci - e) Dettagli su Accantonamenti, Voci straordinarie e Svalutazioni - f) Dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione) - g) Altri dettagli richiesti nelle LL.GG. 2) Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP - 3) Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi	Rispetto delle scadenze indicate	10	Direzione Strategica	Date adozioni atti o trasmissione documenti protocollati	P=10 se scadenze rispettate P=0 se non rispettate	11	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	-	11

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
Area Gestione Risorse Finanziarie	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Ordini di acquisto con indicazione del centro di costo	Monitoraggio ordini delle UU.OO. emesi con indicazione del centro di costo "Costi e Ricavi Comuni"	Redazione di reports trimestrali a favore della Direzione Amministrativa, UU.OO. e del Controllo di Gestione	5	Direttore Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=5 se Si, P=0 se No, P=5*%attuazione se Parziale	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Attribuzione del costo del personale al centro di costo di riferimento da parte dell'AGRU	Monitoraggio del costo del personale con indicazione del centro di costo "Costi e Ricavi Comuni"	Redazione di reports trimestrali a favore della Direzione Amministrativa, SC Area Gestione Risorse Umane e del Controllo di Gestione	10	Direttore Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=10 se Si, P=0 se No, P=10*%attuazione se Parziale	11	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	11
Area Gestione Risorse Finanziarie	Sviluppo della ricerca	Indicazione, di concerto con AGRU, per ciascuna matricola del personale non di ruolo del relativo progetto (PNRR, RC, PIRAMIDE ecc.)	Monitoraggio del costo del personale non di ruolo con dettaglio Chiave Contabile	Redazione di reports trimestrali a favore della Direzione Amministrativa, Direzione Scientifica, SC Area Risorse Umane e Controllo di Gestione	7,5	Direttore Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=7,5 se Si, P=0 se No, P=7,5*%attuazione se Parziale	8	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	8
Area Gestione Risorse Finanziarie	Sviluppo della ricerca	Gestione ambiti ricerca (corrente, finalizzata, finanziata) con attribuzione chiave contabile	Monitoraggio dell'applicazione della chiave contabile a ciascun ordine di beni e servizi	Redazione di reports trimestrali a favore della Direzione Amministrativa, Direzione Scientifica, Area Patrimonio, Tecnica e Controllo di Gestione	7,5	Direttore Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=7,5 se Si, P=0 se No, P=7,5*%attuazione se Parziale	8	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	8
Area Gestione Risorse Finanziarie	Miglioramento organizzativo	Aggiornamento nel Sistema MOSS, di concerto con il Controllo di gestione, del nuovo Piano dei Centri di Costo, in coerenza con la nuova organizzazione ex Del. 323 del 31 marzo 2023	Introduzione nuovo Piano dei Centri di Costo, adottato dal Controllo di Gestione entro l'esercizio 2024	Rispetto della scadenza	7,5	Sistema MOSS	Estrazione Piano dei Centri di Costo alla data di scadenza	P=7,5 se Si, P=0 se No	8	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Referente MOSS	8
Area Gestione Risorse Finanziarie	Miglioramento organizzativo	Bonifica delle anagrafiche centralizzate (Soggetti, Fondi di Finanziamento, Aliquote IVA e ritenute)	Attività di supporto al gruppo di lavoro costituito per tale finalità nell'ambito del Progetto Moss	Relazione dettagliata sull'attività svolta	7,5	Sistema MOSS	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=7,5 se Si, P=0 se No	8	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Referente MOSS	8
Area Gestione Risorse Finanziarie	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Tempi di registrazione delle fatture	Rilevazione delle fatture passive entro i 15 giorni dal ricevimento dallo SDI	Report annuale Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione	5	Direttore Dipartimento della Gestione	Pmax se report annuale presente, altrimenti 0	P=7 se Si, P=0 se No	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Piattaforma Crediti Commerciali (D.L. del 24 aprile 2014, n. 66 convertito con legge 23 giugno 2014, n. 89) – allineamento tra informazioni registrate in piattaforma ed evidenze contabili	Stock del debito in Piattaforma Certificazione Crediti (PCC) - Situazione debitoria al 31.12.2024	Trasmissione dello Stock del Debito entro il 31 gennaio mediante la piattaforma elettronica	5	Direttore Dipartimento della Gestione	Pmax se report annuale presente, altrimenti 0	P=5 se Si, P=0 se No	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Applicativo Partecipazione del Portale Tesoro	Aggiornamento del Portale	Esito delle comunicazioni trasmesse nell'anno di riferimento	5	Direttore Dipartimento della Gestione	Pmax se comunicazioni trasmesse, altrimenti 0	P=5 se Si, P=0 se No	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Amministrazione Trasparente - D.Lgs. n. 33/2013	Aggiornamento con obblighi di pubblicazione richiesti dal D.Lgs. n. 33/2013	Report annuale adempimenti effettuati alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione	5	Direttore Dipartimento della Gestione	Pmax se report annuale presente, altrimenti 0	P=5 se Si, P=0 se No	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Transizione digitale in sanità	Attivazione delle integrazioni del sistema MOSS con gli altri sistemi informativi	Relazione a carico del Resp. Transizione Digitale	Assenza contestazioni	5	Attestazione RPACT	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	-	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Implementazione delle attività a carico della U.O.	Relazione a carico del RPACT	Assenza contestazioni	5	Attestazione RPACT	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
Area Gestione Risorse Finanziarie	Azioni positive	Implementazione delle attività a carico della U.O.	Relazione del Referente CUG	Assenza contestazioni	5	Attestazione Responsabile CUG	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 14466 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Risorse Umane	Sostenibilità economico-finanziaria	Monitoraggio della spesa del personale entro i limiti dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto con particolare riferimento all'art. 80 del CCNL 2016-2018 e del personale a tempo determinato, ex art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010 conv. Legge 122/2010	Presenza di reportistica di aggiornamento (n.4 relazioni a partire dal monitoraggio al 31 marzo 2024)	Report trimestrali	10	Direttore del Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Risorse Umane	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento delle condizioni di regolarità del DURC	Regolarità del DURC	Monitoraggio mensile da parte del Dirigente dell'AGRF	5	Dirigente dell'AGRF	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15364 del 17/06/2026	4
Area Gestione Risorse Umane	Sostenibilità economico-finanziaria	Attivazione del budget delle ore di lavoro straordinario da assegnare alle Unità Operative per il personale del Comparto	Predisposizione del budget per l'approvazione da parte della Direzione Strategica e assegnazione alle Unità Operative entro il	Protocollo della proposta entro il termine indicato	10	Direttore del Dipartimento della Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Risorse Umane	Sviluppo della ricerca	Implementazione della azioni a carico della AGRU per l'utilizzo dei fondi del PNRR e PNC, secondo le tempistiche indicate nei cronoprogrammi acquisizioni di personale)	Rispetto delle tempistiche concordate con il Direttore del Dipartimento della Gestione/Direttore Amministrativo, a meno di cause esogene imprevedibili	Assenza di contestazioni	10	Direttore del Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Risorse Umane	Miglioramento organizzativo	Miglioramento del sistema di pesatura degli incarichi dirigenziali	Predisposizione del nuovo regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali dell'Area Sanità	Redazione della versione definitiva del nuovo regolamento entro il 15 aprile 2024, adozione entro il 30 aprile 2024	10	Direttore Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Risorse Umane	Miglioramento organizzativo	Miglioramento dell'organizzazione del lavoro in funzione del miglioramento dei servizi pubblici e dell'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro	Predisposizione del nuovo regolamento per il Lavoro Agile	Redazione della versione definitiva del nuovo regolamento entro il 15 giugno 2024, adozione entro il 31 luglio 2024	10	Direttore Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	0
Area Gestione Risorse Umane	Miglioramento organizzativo	Assistenza e formazione del personale dirigente nell'attribuzione degli obiettivi al comparto (obiettivi assegnati per l'anno 2024)	Attività di supporto, di concerto con il Controllo di Gestione, alle Direzioni di Struttura Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale ed al personale infermieristico Coordinatore nell'attribuzione/negoziazione degli obiettivi del comparto dirigenziale	Entro il 30 giugno 2024	10	Direttore Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Risorse Umane	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia	Attivazione tempestiva procedure di acquisizione del personale a seguito dell'approvazione del Piano assunzionale integrativo 2023-2024 da parte della Regione Puglia	Rispetto delle tempistiche concordate con la Direzione Strategica, a meno di cause esogene imprevedibili	Assenza di contestazioni	5	Direttore Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Umane	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia	Aggiornamento nel sistema Areas HR delle percentuali di assegnazione del personale ai Centri di Costo	Revisione completa delle assegnazioni del personale sanitario agli ambulatori e riassegnazione del personale secondo la nuova organizzazione	Certificazione delle assegnazioni	5	SSD Controllo di Gestione	Si/No/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
Area Gestione Risorse Umane	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Incremento del livello di comunicazione relativo alla pubblicazione dei bandi di concorso	Avvio pubblicazione bandi di concorso sul Portale del reclutamento "InPA" del Dipartimento della Funzione Pubblica	Publicazione del 50% dei bandi di concorso e avvisi del personale della ricerca	5	Direttore Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Umane	Transizione digitale in sanità	Dematerializzazione dei moduli cartacei utilizzati dal personale dipendente	Implementazione sul Portale del Dipendente dei moduli informatizzati per la rilevazione delle presenze/assenze del personale	Approvazione circolare AREA GRU e utilizzo modulistica informatizzata dal Portale del Dipendente	5	Direttore Dipartimento della Gestione/in assenza Direttore Amministrativo	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Risorse Umane	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Implementazione delle attività a carico della Unità Operativa	Relazione a carico del RPACT	Assenza contestazioni	10	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	10
Area Gestione Risorse Umane	Azioni positive	Integrare gli strumenti di rilevazione e monitoraggio del "Gender gap" specifico nella gestione "Vita lavorativa/vita privata"	Contributo dell'AREA GRU alla predisposizione delle Survey su "Violenza e discriminazione nell'ambito dell'attività lavorativa" e "Conciliazione vita lavorativa/vita familiare" nell'ambito del "Gender Equality Plan 2024"	Approvazione delle Survey da parte del Gruppo di Lavoro (nominato con deliberazione n. 971 del 11.12.2023) entro il 31 marzo 2024	5	CUG	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 15256 del 16/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Acquisizione sistemi di iniezione automatica di mezzi di contrasto	Introduzione delibera di aggiudicazione nel sistema Praxi	Entro 30/06/2024	10	Direttore Dipartimento	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Acquisizioni di beni e servizi per l'ottimizzazione delle chemioterapie integrati ad un sistema di "Dose Error Reduction System"	Introduzione delibera di aggiudicazione nel sistema Praxi	Entro 31/12/2024	10	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi»	Esecuzione secondo tempistiche assegnate dalla Direzione Strategica di approvvigionamenti relativo a Farmaci e Dispositivi Medici in grado di garantire il rispetto del tetto di spesa	Rispetto dei cronoprogrammi assegnati	Attestazione di avvenuto rispetto delle tempistiche assegnate	10	Direttore Dipartimento	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Sviluppo della ricerca	Implementazione delle attività correlate all'impiego dei fondi PNRR, "Inclusione e Coesione" progetto TeleC.Or.O	Rispetto dei cronoprogrammi assegnati	Attestazione di avvenuto rispetto delle tempistiche assegnate	10	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Sviluppo della ricerca	Redazione di procedura per l'approvvigionamento di beni e servizi in favore della ricerca che garantisca l'efficientamento dell'esecuzione dei progetti	Redazione della procedura ed approvazione da parte della Direzione Strategica	Attestazione	10	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Miglioramento organizzativo	Acquisizione servizi per certificazione Joint Commission International	Introduzione delibera di aggiudicazione nel sistema Praxi	Entro fine aprile	10	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Miglioramento organizzativo	Acquisizione sistema per la localizzazione magnetica del linfonodo sentinella nel carcinoma mammario	Rispetto dei cronoprogrammi assegnati	Assenza di contestazioni	5	Direttore Dipartimento	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Sistema per la tracciabilità e rintracciabilità, nonché per l'archiviazione di blocchetti e vetrini per l'Anatomia Patologica	Rispetto dei cronoprogrammi assegnati	Attestazione di avvenuto rispetto delle tempistiche assegnate	15	Direttore Dipartimento	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Esecuzione delle procedure di approvvigionamento beni e servizi del Piano Hospitality	Rispetto dei cronoprogrammi assegnati	Assenza di contestazioni	10	Direttore Dipartimento	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	5	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15759 del 19/06/2025	5
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Transizione digitale in sanità	Polizza Assicurativa "CYBER RISKS" a garanzia della sicurezza informatica per la vulnerabilità dei dati dell'Ente	Garanzia della frequenza dei corsi da parte del proprio personale	Attestazione	0	Controllo di Gestione	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Valutazione	10	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	10
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile, Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14472 del 05/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SSD Controllo di Gestione	Sostenibilità economico-finanziaria	Rispetto del tetto di spesa dei Dispositivi Medici e Farmaci	Monitoraggio dei consumi Farmacie DM delle strutture del Dip. Area Chirurgica ed Area Medica	Audit bimestrali congiunti alla SC di Farmacia a partire da Maggio	15	Direzione SC Farmacia	Verbalizzazione a protocollo	2,5 punti per ogni serie di audit a partire da Maggio	15	-	-	0
SSD Controllo di Gestione	Sostenibilità economico-finanziaria	Monitoraggio Produzione ricovero ed ambulatoriale	Report bimestrale verso Strutture di Produzione	Protocolloazione audit bimestrali	10	Direzione Dip. Area Medica, Chirurgica e Servizi/Immagi ni	Report a Protocollo	2,5 punti per ogni serie di report a partire da Maggio	10	-	-	0
SSD Controllo di Gestione	Sostenibilità economico-finanziaria	Attivazione nuovo Piano dei Centri di Costo in cooperazione con AGRF	Introduzione nuovo Piano a partire da fine Luglio	Rispetto scadenza	10	Direzione AGRF	Si/no A seguito diriscontro da parte del Dir. AGRF	SI, P=10, No, P=0	10	-	-	0
SSD Controllo di Gestione	Sviluppo della ricerca	Attivazione audit TT	Avvenuta esecuzione di un audit con ogni Struttura	Percentuale copertura strutture mediante verbali	5	Direzione Scientifica	Attestazione Direzione Scientifica	P = 5 * %audit	5	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	-	4
SSD Controllo di Gestione	Sviluppo della ricerca	Attività di trial clinici profit	Incremento produttività pareri Trials Profit	N.pareri non inferiori a 6/mese o annullamento coda	5	Direzione Scientifica	Attestazione Direzione Scientifica	P = SI (n..pareri, /6 *0,625)	5	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	-	4
SSD Controllo di Gestione	Sviluppo della ricerca	Progetto PerfeTTO	Adeguate attività e rendicontazione del progetto	Assenza contestazioni	5	Direzione Scientifica	Attestazione Direzione Scientifica	Se SI P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	-	3
SSD Controllo di Gestione	Sviluppo della ricerca	Potenziamento UTT	Adozione progetto KISS2	Adozione delibera di avvio entro il mese di Maggio	5	Direzione Scientifica	Attestazione Direzione Scientifica	Se SI P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15863 del 20/06/2025	-	0
SSD Controllo di Gestione	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECD e JCI.	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	10	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=10 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	10	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	-	10
SSD Controllo di Gestione	Miglioramento organizzativo	Elaborazione congiunta alla UOse di un set di indicatori per rilevare efficacia ed efficienza del PDTA	Approntamento di una "dashboard" degli indicatori e delle modalità di alimentazione dei dati	Redazione di un documento descrittivo del sistema di monitoraggio del PDTA	5	Direzione Sanitaria	Attestazione Direzione Sanitaria	Se SI P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	-	5
SSD Controllo di Gestione	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione Progetto TeleC.Or.O.	Implementazione postazioni remote e loro attivazione	Verbali di attivazione delle postazioni	5	Responsabile C.Or.O.	Attestazione Responsabile C.Or.O.	P = 5 * n.postazioni/11	5	-	-	5
SSD Controllo di Gestione	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Attivazione protocolli di telemedicina	Adozione di almeno n.2 protocolli di televisita con registrazione delle relative agende	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	P = 5 * n.agende/2	5	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	-	5
SSD Controllo di Gestione	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Attivazione di Patient Reported Experience Monitoring	Elaborazione ed introduzione di almeno una App su personal device del paziente per la rilevazione della qualità percepita	Almeno 2 tipo di PREM (ricovero e ambulatoriale)	5	Ufficio Comunicazione e	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se SI P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione *5	5	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	-	0

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Controllo di Gestione	Transizione digitale in sanità	Attivazione FSE	Avvenuta consegna EHR al FSE regionale	Integrazione di RIS-PACS, LIS e CCE nel FSE	5	Dir. Sistemi Informatici	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	Se Si P=5 Se No P=0 se Parz. = percentuale di attuazione +5	5		-	0
SSD Controllo di Gestione	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	Si, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Controllo di Gestione	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	5		Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
Struttura Burocratico Legale	Sostenibilità economico-finanziaria	Applicazione del Nuovo Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri	Rispetto delle tempistiche di cui all'Art.4 del Regolamento approvato con la Deliberazione n. 12 del 15 gennaio 2024.	Garanzia del rispetto delle scadenze della Fase 1 del procedimento avviato presso il CVS (45 gg)	10	Direzione Generale	Rilevazione da registro sinistri del CVS	P=10 se 100% entro 45 gg, P=7 se >=95%, P=4 se >=92%, P=2 se P>=90%. Altrimenti P=0	11	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	11
Struttura Burocratico Legale	Sostenibilità economico-finanziaria	Applicazione del Nuovo Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri	Definizioni transattive e risparmi spesa pubblica	Risparmio di spesa rispetto alla domanda	10	Direzione Generale	Rilevazione da Delibere		11	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	11
Struttura Burocratico Legale	Sostenibilità economico-finanziaria	Applicazione del Nuovo Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri	Inquadramento ed esecuzione decreto attuativo presa d'atto	Rivisitazione dei fondi	10	Direzione Generale	Rilevazione da Delibere		11	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	11
Struttura Burocratico Legale	Miglioramento organizzativo	Attivazione/rinnovo convenzioni per la gestione delle attività assistenziali non presenti nell'Istituto	Invio convenzioni presso strutture del SSR per approvazione	Rispetto di una scadenza di 30 gg. dall'invio del richiesta	8	Direzione Generale	Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore	P=8 se 100% entro 30 gg, P=7 se >=95%, P=4 se >=92%, P=2 se P>=90%. Altrimenti P=0	9	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	9
Struttura Burocratico Legale	Miglioramento organizzativo	Attivazione/rinnovo convenzioni per la gestione delle attività assistenziali non presenti nell'Istituto	Invio convenzione presso strutture extra rete ed in rete per approvazione	Rispetto di una scadenza di 30 gg. dall'invio del richiesta	8	Direzione Generale	Rilevazione da Delibere		9	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	9
Struttura Burocratico Legale	Miglioramento organizzativo	Attivazione/rinnovo convenzioni per la gestione delle attività formative (tirocini, specializzazioni, dottorati)	Invio convenzione presso strutture per approvazione	Rispetto di una scadenza di 30 gg. dall'invio del richiesta	8	Direzione Generale	Rilevazione da Delibere		9	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	9
Struttura Burocratico Legale	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	PARS Piano Annuale della Gestione del Rischio Sanitario	Adozione del Piano	Rispetto termine dell'esercizio	10	Direzione Generale	Rilevazione da Delibere		11	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	11
Struttura Burocratico Legale	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Gestione liquidazione delibere e determine secondo tempistica	Adempimenti di competenza	Esecuzione adempimenti rilevazioni trimestrale AGRF	10	Direzione Generale	Rilevazione da Report ITP		11	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	11
Struttura Burocratico Legale	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Piano assunzionale 2023-2024 e approvazione assetto organizzativo Dinamitoriale	Redazione e supporto	Rispetto delle scadenze	10	Direzione Generale	Rilevazione da Delibere		11	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16622 del 27/06/2025	11
Struttura Burocratico Legale	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate	Attestazione	5	Direttore Generale	Attestazione Direttore AGRU	Si, P=5, No, P=0	6	Nota Prot. n. 14286 del 04/06/2025 - Nota Prot. n. 16654 del 30/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	6
SSD Radiodiagnostica	Sostenibilità economico-finanziaria	Mantenimento della produzione 2023	ΔRicavi.Ext.(2024.vs.2023)	ΔRicavi.Ext.(2024 vs.2023)>= 0 €	10	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2024 - Ricavi.Amb.Nopace.Ext.2023) <= -50.000 €, P = 3 se Ricavi.Amb.Ext.2024 - Ricavi.Amb.Ext.2023) <= -20.000 €, P = 7 se -20.000€ ≤ Ricavi.Amb. Ext.2024 - Ricavi.Amb.Ext.2023 < 0€ ; P = 10 se Ricavi.Amb.Ext.2024 >= Ricavi.Amb.Ext.2023;	10	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Valutazione Controllo di Gestione	10
SSD Radiodiagnostica	Sostenibilità economico-finanziaria	Crescita dei ricavi mediante completamento installazione OPT	Avvio attività	Apertura agende	10	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	Si, P=10, No, P=0	10	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	10
SSD Radiodiagnostica	Sostenibilità economico-finanziaria	Contenimento dei costi di reagenti e dispositivi entro tetti di spesa	Costi Reagenti e Costi dispositivi	(Costo Reagenti) 2024 <= Budget Reagenti 2024) AND (Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Reagenti punti 5 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 5 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Valutazione Controllo di Gestione	5
SSD Radiodiagnostica	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1.05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0.05*Ifg.2023] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1.05*Ifg.2023) , P=5 se Ifg.2024 > 1.05*Ifg.2023	4	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Radiodiagnostica	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e Impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiodiagnostica	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi e sperimentazioni presentati al Comitato Etico	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SSD Radiodiagnostica	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiodiagnostica	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiodiagnostica	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale: Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali, Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali.	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, DECI e JCI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	5	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	P=5 se riscontri regolarmente pervenuti, P=0 se non pervenuti	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	5
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento organizzativo	Avvio certificazione ISO 9001	Predisposizione manuale della qualità e procedure.	Attivazione procedura certificazione presso Ente Qualificato	5	Direzione Dipartimento	Attestazione Direttore	P=5 se procedura attivata, P=0 se altrimenti	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 16618 del 27/06/2025	5
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti opzionali.	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	5	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 14494 del 06/06/2025 - Nota Prot. n. 16131 del 24/06/2025	3
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O.	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025 - Nota Prot. n. 14	5
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Monitoraggio dell'efficacia dei TMD (cooperazione)	Monitoraggio degli indicatori di processo	Trasmissione del report di monitoraggio da parte del Coordinatore del TMD	5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	Si, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Valutazione Controllo di Gestione	5

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15737 del 19/06/2025	5
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Effettuare misurazioni della qualità percepita	Preparazione e somministrazione PREM	Almeno 150 PREM somministrato	4	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	4	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15737 del 19/06/2025	0
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15737 del 19/06/2025	3
SSD Radiodiagnostica	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Aggiornamento parte della carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	3	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15737 del 19/06/2025	3
SSD Radiodiagnostica	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	Completamento integrazione RIS-PACS in CCE	Attestazione Dir. Sistemi Informatici	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	-	5
SSD Radiodiagnostica	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SSD Radiodiagnostica	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 14700 del 09/06/2026	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5
SC Ematologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	Potenziamento delle attività trapianto autologo midollo e accreditamento allogeneico	Ricavi ricovero	Ricavi.ricovero.2024 ≥ 4.900.000 € (1120 pazienti)	10	Controllo di Gestione	Dati Edotto	P=0, se Ricavi.ricovero.2024 <=4.400.000 €, P=10*(Ricavi.ricovero.2024-4.400.000 €/500.000€ se 4.400.000€ ≤ Ricavi.ricovero.2024 < 4.900.000€, P=10, se Ricavi.ricovero.2024 ≥ 4.900.000€	10	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Ematologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi entro budget assegnati	Costi Farmaci, Costi dispositivi	(Costo Farmaci 2024 <= Budget Farmaci 2024).AND.(Costo DM 2024 <= Budget DM 2024)	10	Controllo di Gestione	Dati MOSS	Rispetto budget 2024 Farmaci punti 8 (Si/No), Rispetto budget 2024 DM punti 2 (Si/No)	10	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Ematologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	Miglioramento dei parametri di ricovero	Peso medio ricovero (Pm), Durata Media Ricovero (Dm), Fattore Occupazione (Fo)	Pm.2024 ≥ 2.1, Dm.2024 ≤ 7.0, Fo.2024 ≥ 55%	7	Controllo di Gestione	Dati Edotto	Pm.2024 ≥ 4.2 --> 3.0 punti (Si/No), Dm.2024 <= 15.0 --> 2.0 punti (Si/No), Fo.2024 ≥ 80% --> 2.0 punti	7	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	0
SC Ematologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi consulti definiti complessivi (Ricavi.cdc)	Ricavi.cdc.2024 - Ricavi.cdc.2023 ≥ 35.000 €	4	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se (Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023) <= 0€, P=4*(Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023)/35.000€ se 0 € ≤ Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023 < 35.000€, P=4, se Ricavi.cdc.2024-Ricavi.cdc.2023 ≥ 35.000€	4	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	4
SC Ematologia	Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali	Ricavi chemioterapie (Ricavi.cht)	Ricavi.cht.2024 - Ricavi.cht.2023 ≥ 40.000 €	4	Controllo di Gestione	Dati CUP/Edotto	P=0, se (Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023) <= 0€, P=4*(Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023)/40.000€ se 0 € ≤ Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023 < 40.000€, P=4, se Ricavi.cht.2024-Ricavi.cht.2023 ≥ 40.000€	4	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	2
SC Ematologia	Sviluppo della ricerca	Consolidamento dei livelli di Impact Factor	Impact Factor grezzo	Ifg 2024 ≥ 1,05 * Ifg 2023	4	Direzione Scientifica	Rilevazione da Biblioteca	P=0, se Ifg.2024 <= Ifg.2023, P = [(Ifg.2024-Ifg.2023) * 5 / 0,05*(Ifg.2023)] se (Ifg.2023 <= Ifg.2024 <= 1,05*(Ifg.2023)) , P=5 se Ifg.2024 > 1,05*(Ifg.2023)	4	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Ematologia	Sviluppo della ricerca	Corretto avanzamento dei progetti di ricerca	Cronoprogramma e impegno di spesa sul budget (70%)	Rispetto del cronoprogramma e assunzione dell'impegno di spesa (applicabile se PI della struttura)	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Ematologia	Sviluppo della ricerca	Incremento dell'attività di ricerca	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	N. studi 2024 ≥ N. studi 2023	3	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=3 se Attestazione presente, P=0 se non presente	3	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	3
SC Ematologia	Sviluppo della ricerca	Auditing per valorizzare i risultati della ricerca	Partecipazione audit UTT	Verbalizzazione	2	Dirigente Ufficio Trasferimento Tecnologico	Copia verbale audit	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Ematologia	Sviluppo della ricerca	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione allo Science Café e Proposta di una presentazione	90% delle presenze del rappresentante della struttura e proposta di un argomento	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	0
SC Ematologia	Sviluppo della ricerca	Incremento progetti e sperimentazioni	A livello dipartimentale Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotrice. Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali. Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali	Presentazione proposte progettuali	2	Direzione Scientifica	Attestazione Direttore Scientifico	P=2 se Attestazione presente, P=0 se non presente	2	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15860 del 20/06/2025	2
SC Ematologia	Miglioramento organizzativo	Attività di supporto all'accredimento QUOTA, OEI e ICI:	Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti	Relazione di riscontro del Coordinatore del GdL	3	Coordinatore del GdL	Attestazione Coordinatore GdL	p=5 se riscontri regolarmente pervenuti, p=0 se non pervenuti	3	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 16197 del 24/06/2025	3
SC Ematologia	Miglioramento organizzativo	Rendere i Team MultiDisciplinari (TMD) la pratica ortodossa dell'approccio al paziente	Adozione del Regolamento di funzionamento del TMD	Redazione e sottomissione del Regolamento	3	Direzione Sanitaria	Registri TMD	p=5 se regolamento TMD sottomesso alla DS, p=0 se no	3	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	3
SC Ematologia	Miglioramento organizzativo	Partecipazione al TMD ad ogni convocazione se componenti obbligatori del team, quando invitati se partecipanti volontari	%partecipazione attestata dal Coordinatore del TMD fatte salve eventuali assenze giustificate	> 90%	4	Coordinatore del TMD	Attestazione Coordinatore TMD	P= (%partecipazione-90%)*5/10%, P=0 se %partecipazione < 90%	4	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 16316 del 26/06/2025	2
SC Ematologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Implementazione C.Or.O.	Presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O. per ciascuna patologia di rilievo (leucemie, linfomi, mielomi, ecc.)	Verifica della presenza delle agende	5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	5
SC Ematologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Avvio prestazioni di Telemedicina	Apertura delle agende	Verifica della presenza delle agende	2,5	Responsabile Unico delle Liste di Attesa	Attestazione RULA	SI, P=5, No, P=1	3	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 16280 del 25/06/2025	3
SC Ematologia	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza	Efficientamento Chemioterapie	Anticipazione delle preparazioni UMACA e Prolungamento pomeridiano delle somministrazioni	Audit da parte del Controllo di gestione	7,5	Controllo di Gestione	Attestazione Dir. Resp. CdG	SI, P=5, No, P=0	8	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Valutazione Controllo di Gestione	8
SC Ematologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Definizione di una strategia di "patient empowerment" a livello dipartimentale	Individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggi autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere	Redazione e sottomissione dello specifico progetto di empowerment della struttura	2	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=2, No, P=0	2	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	2

Struttura	Ambito	Azione	Indicatore	Target	Peso Max	Verificatore	Modalità verifica	Modalità assegnazione punteggio	Punteggio Ambito	Autovalutazione	Riscontro valutatore	Punteggio
SC Ematologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Trasmissione mensile aggiornamento best-practices/risultati ricerca e carta dei servizi di competenza	Note di aggiornamento trasmesse. Conferma correttezza attraverso audit	Note protocollate o email di trasmissione. Esito audit	3	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=3, No, P=0	3	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	3
SC Ematologia	Miglioramento della qualità percepita e della comunicazione	Presa in carico e follow-up	Esecuzione delle procedure di integrazione ospedale-territorio (MMG, Servizi Territoriali: Riabilitazione, Hospice, ADI, ecc.). Audit di verifica da parte della SSD Qualità	Esito audit	5	Funzione comunicazione	Attestazione Responsabile Comunicazione	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15599 del 18/06/2025	0
SC Ematologia	Transizione digitale in sanità	Obiettivi Diffusione CCE	A: Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%, B: N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%, C: N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	Misurazione percentuali	5	Responsabile di progetto	Attestazione RUP	Obiettivo A: 2,5 punti, obiettivo B: 1,5 punti, obiettivo C: 1 punto	5	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	-	1
SC Ematologia	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Esecuzione attività di propria competenza del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Attestazione Dir. Resp. PCT	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 15934 del 20/06/2025	5
SC Ematologia	Azioni positive	Esecuzione attività di propria competenza del Gender Equality Plan e Piano triennale delle Azioni Positive	Evidenza delle azioni implementate, note a protocollo	Attestazione	5	Direttore AGRU	Attestazione Direttore AGRU	SI, P=5, No, P=0	5	Nota Prot. n. 16574 del 27/06/2025	Nota Prot. n. 16255 del 25/06/2025	5